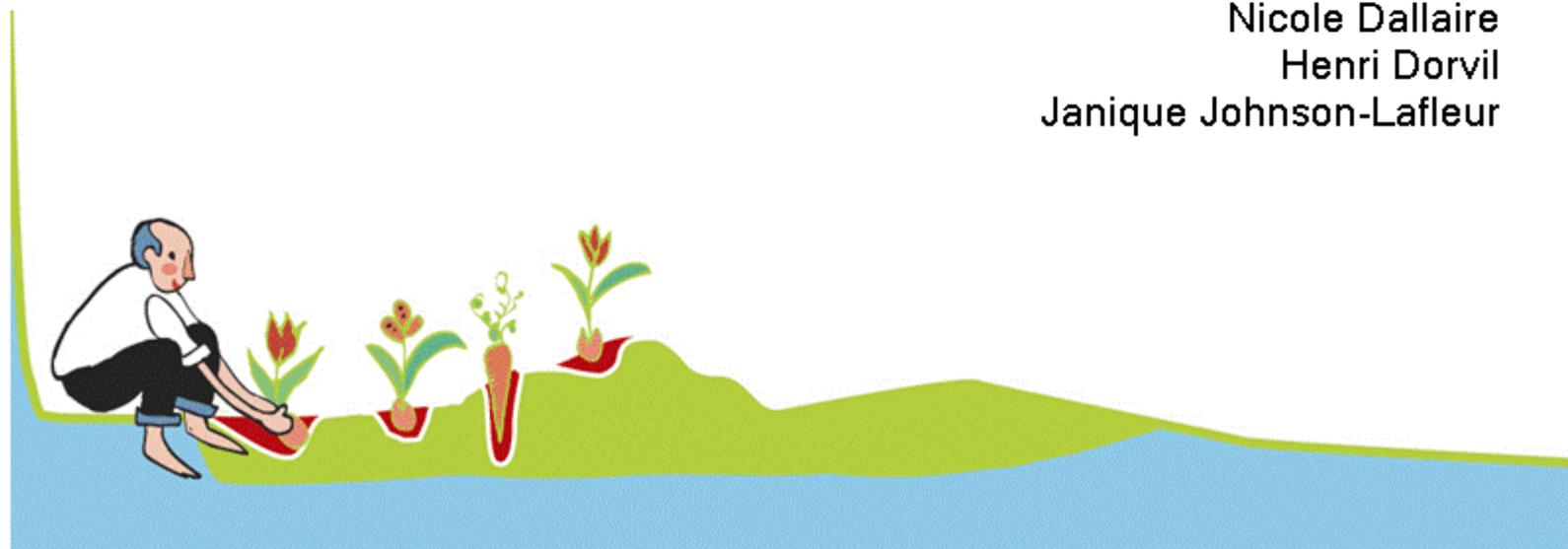


**SIGNIFICATION DU CHEZ-SOI
ET INTERVENTION PSYCHOSOCIALE
À DOMICILE DANS LES PROGRAMMES
DE SOUTIEN À DOMICILE, ENFANCE/JEUNESSE/FAMILLE
ET SANTÉ MENTALE**

RAPPORT DE RECHERCHE

Paul Morin
Marie Crevier
Yves Couturier
Nicole Dallaire
Henri Dorvil
Janique Johnson-Lafleur



Rapport de recherche

Signification du chez-soi et intervention psychosociale à domicile dans les programmes de Soutien à domicile, Enfance/Jeunesse/Famille et Santé mentale

Paul Morin
Marie Crevier
Yves Couturier
Nicole Dallaire
Henri Dorvil
Janique Johnson-Lafleur

Mars 2009

Université de Sherbrooke

Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke

Rédaction

Paul Morin, Direction de la coordination et des affaires académiques
en collaboration avec Marie Crevier, Yves Couturier, Nicole Dallaire, Henri Dorvil et Janique Johnson-Lafleur

Révision linguistique

Nancy Hamel, Direction de la coordination et des affaires académiques

Mise en pages

Marilou Landry, Direction de la coordination et des affaires académiques

Centre de santé et de services sociaux –
Institut universitaire de gériatrie
de Sherbrooke



UNIVERSITÉ DE
SHERBROOKE

Le CSSS-IUGS est un centre affilié universitaire (CAU) du secteur social et un institut universitaire de gériatrie (secteur santé)

Vous pouvez obtenir ce document à l'adresse suivante :

Guichet de la DCAA

Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke
Direction de la coordination et des affaires académiques
500, rue Murray, bureau 100
Sherbrooke (Québec) J1G 2K6
819 562-9121, poste 47200
sgrimard.csss-iugs@ssss.gouv.qc.ca

ISBN-13 : 978-2-923738-10-9 (Version PDF)

Dépôt légal : Bibliothèque et Archives nationales du Québec 2009

Dépôt légal : Bibliothèque et Archives du Canada 2009

© 2009 Paul Morin, Direction de la coordination et des affaires académiques, CSSS-IUGS
Il est illégal de reproduire une partie quelconque de ce document sans l'autorisation de l'auteur.
La reproduction de cette publication, par quelque procédé que ce soit, sera considérée comme une violation du droit d'auteur.

Table des matières

Remerciements	vii
Résumé	ix
Chapitre 1 MISE EN CONTEXTE	xi
1.1. Objectifs et questions de recherche	4
1.2. Le soutien dans le milieu de vie de la personne	5
1.3. Soutien à domicile	6
1.4. Santé mentale	7
1.5. Enfance/Jeunesse/Famille	8
Chapitre 2 REPÈRES THÉORIQUES	11
2.1. Sécurité ontologique	14
2.1.1. Être propriétaire	15
2.1.2. Être habitant d'une habitation à loyer modique (HLM)	17
Chapitre 3 MISE EN PROBLÈME DE L'INTERVENTION PSYCHOSOCIALE À DOMICILE EN REGARD DE LA SIGNIFICATION DU CHEZ-SOI ET RECENSION DES ÉCRITS	21
3.1. Recension des écrits Soutien à domicile	23
3.1.1. Méthodologie de la recension des écrits	23
3.1.2. Analyse des écrits	24
3.1.2.1. Les résultats au secteur Soutien à domicile	24
3.1.3. Les résultats au secteur Enfance/Jeunesse/Famille	33
3.1.4. Les résultats au secteur Santé mentale	34
3.2. Intervention à domicile et sécurité ontologique	35
3.2.1. L'intimité	35
3.2.2. La sécurité	36
3.2.3. L'identification	38
3.2.4. L'appropriation de l'espace domiciliaire	40
3.2.5. Enjeux de l'intervention à domicile pour la pratique professionnelle	41
Chapitre 4 MÉTHODOLOGIE	45
4.1. Devis de recherche et considérations épistémologiques	47
4.2. Échantillonnage	47
4.2.1. Description de l'échantillon	48
4.2.2. Description de l'échantillon composé d'intervenants de Montréal et de Sherbrooke	49
4.2.2.1. Description de l'échantillon composé de personnes usagères de Montréal et de Sherbrooke	50
4.3. Stratégies de recrutement	51
4.3.1. Stratégies de recrutement des intervenants et des usagers de Sherbrooke	51
4.3.2. Stratégies de recrutement des intervenants et des usagers de Montréal	52
4.4. Réalisation des entrevues	53
4.4.1. L'entrevue semi-dirigée	53
4.4.2. Période de réalisation des entrevues	54
4.4.3. Réalisation des groupes de discussion	55
4.4.4. Considérations éthiques	56
4.5. Stratégies d'analyse thématique	57

4.5.1.	La transcription	57
4.5.2.	La lecture et la relecture	58
4.5.3.	Élaboration d'un arbre de codification préliminaire	58
4.5.4.	La codification.....	58
4.5.5.	La catégorisation	59
4.5.6.	La lecture horizontale.....	60
Chapitre 5 LES RÉSULTATS DE L'ANALYSE THÉMATIQUE		63
5.1.	Chez-soi et prise en compte de la sécurité ontologique dans l'intervention à domicile ...	66
5.1.1.	Identification	66
5.1.1.1.	Image de soi	67
5.1.1.2.	Décoration	67
5.1.1.3.	Ordre et propreté	69
5.1.1.4.	Signification socioculturelle du chez-soi	72
5.1.1.5.	Accomplissement et développement.....	77
5.1.2.	Appropriation	79
5.1.2.1.	Attachement au domicile.....	80
5.1.2.2.	Enracinement, stabilité, repères	82
5.1.2.3.	Adaptations architecturales	84
5.1.2.4.	Contrôle, décisions, liberté d'agir	86
5.1.2.5.	Vie, quotidien, mouvement	89
5.1.2.6.	Le chez-soi comme zone de confort et d'aisance.....	91
5.1.3.	Intimité	93
5.1.3.1.	Intrusion	93
5.1.3.2.	Institutionnalisation du domicile.....	97
5.1.3.3.	Accueil et seuil.....	98
5.1.3.4.	Pouvoir d'exclusion.....	100
5.1.4.	Sécurité.....	103
5.1.4.1.	Le chez-soi en tant que refuge.....	103
5.1.4.2.	Épreuves de l'habité.....	104
5.1.4.3.	Conditions du logement et du quartier	107
5.2.	Enjeux de l'intervention à domicile pour la pratique professionnelle	112
5.2.1.	Opportunités de l'intervention à domicile.....	112
5.2.1.1.	Évaluation psychosociale facilitée, image plus juste et plus globale de l'utilisateur	112
5.2.1.2.	Le caractère accommodant des services à domicile.....	114
5.2.1.3.	Inclusion de l'entourage dans l'intervention.....	115
5.2.1.4.	Plus grande disponibilité des professionnels.....	116
5.2.1.5.	Utilisateur plus à l'aise, plus confortable.....	117
5.2.1.6.	Lien et proximité	118
5.2.2.	Paradoxes et enjeux de l'intervention à domicile.....	121
5.2.2.1.	Enjeux inhérents à la méfiance de l'utilisateur et à la sécurité de l'intervenant...	121
5.2.2.2.	L'intrusion dans l'intimité.....	124
5.2.2.3.	Institutionnalisation du domicile.....	126
5.2.2.4.	Présence d'éléments perturbateurs	127
5.2.2.5.	Déplacement de l'intervenant.....	129
5.2.3.	Enjeux éthiques	129
5.2.3.1.	Confusion des rôles professionnels	129
5.2.3.2.	Cadeaux aux intervenants.....	132

5.2.3.3.	Confidentialité des services.....	132
5.2.3.4.	Jugements de valeur	134
5.2.3.5.	Dilemme entre la bienfaisance et respect de l'autonomie.....	135
5.2.3.6.	Enjeux organisationnels de l'intervention psychosociale à domicile pour la pratique professionnelle	137
5.2.3.7.	Temps	137
5.2.3.8.	Supervisions cliniques.....	139
CONCLUSION		143
Aspects théoriques.....		143
De l'intervention à domicile.....		145
ANNEXE I		155
Canevas d'entrevues pour les intervenants		155
ANNEXE II.....		161
Canevas d'entrevue avec les personnes usagères.....		161
ANNEXE III		167
Formulaire de consentement d'un projet de recherche		167
pour les intervenants de services à domicile		167
ANNEXE IV		173
Formulaire de consentement d'un projet de recherche		173
pour les personnes recevant des services à domicile.....		173
ANNEXE V.....		179
Grille de codage et définitions des catégories.....		179
ANNEXE VI		187
Projet « Signification du chez-soi et intervention psychosociale à domicile »		187
Vignettes de discussion pour les entrevues de groupe avec les intervenants.....		187

Remerciements

Nous tenons à remercier les personnes usagères de service d’avoir accepté de participer à cette recherche en nous ouvrant les portes de leur demeure. L’apport des intervenants et intervenantes du Centre de santé et services sociaux du Sud-Ouest – Verdun a également été crucial pour la réalisation de la recherche. Nous les remercions également de leur disponibilité. Il importe aussi de souligner l’appui des gestionnaires de ces deux établissements à notre projet.

Finalement, nous tenons aussi à souligner le travail remarquable de Mme Marie Crevier comme professionnelle de recherche, de Mme Nancy Hamel pour la révision linguistique et de Mme Marilou Landry pour la mise en pages du rapport final.

Résumé

Le chez-soi prend beaucoup de temps d'un individu, de ses ressources et de ses émotions. Il représente un lieu d'intimité, de sécurité, de contrôle, de liberté, de créativité et d'expression. Un tel processus permet alors de transformer « *a house into a home* », et ce, dans un cadre quotidien où s'instaure un sens d'assurance et où l'individu est en contrôle et en sécurité. À cet égard, le concept de sécurité ontologique représente un concept fondamental utilisé par nombre de chercheurs qui s'intéressent à la signification du chez-soi. Notre projet de recherche visait à identifier, en regard de la signification du chez-soi, les aspects facilitant l'intervention psychosociale au chez-soi d'une personne dans trois programmes de services psychosociaux : Soutien à domicile, Enfance/Jeunesse/Famille et Santé mentale. Les objectifs spécifiques étaient les suivants.

- 1) Par le biais des témoignages des usagers, décrire l'expérience de l'intervention chez-soi et plus spécifiquement comment la signification du chez-soi est mise en jeu lors d'une intervention psychosociale à domicile.
- 2) Analyser la perspective des intervenants quant à l'intervention psychosociale au chez-soi d'une personne.
- 3) Discerner comment l'intervenant prend en considération la signification du chez-soi lors d'une intervention psychosociale à domicile.

Des entrevues semi-dirigées (N=40) ont été réalisées auprès de 18 usagers et 22 intervenants répartis dans les trois programmes ciblés. Notre recherche s'est déroulée sur le territoire du Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (Estrie) et du CSSS du Sud-Ouest – Verdun.

Nous avons constaté à quel point l'expérience d'habiter un domicile, de le faire sien afin qu'il devienne notre chez-soi, est une expérience fondatrice pour les personnes vulnérables en quête d'autonomie. Si la recension des écrits que nous avons effectuée nous a apparu pessimiste quant à la prise en compte de la sécurité ontologique dans le cadre de pratiques d'intervention à domicile, nous avons constaté qu'en réalité, les intervenants étaient justement conscients de l'importance de la signification du chez-soi et de la sécurité ontologique pour les usagers, à l'exception notable toutefois de la dimension de la sécurité qui nous a semblé sous-estimée de la part des intervenants.

Chapitre 1
MISE EN CONTEXTE

Chapitre 1

Le logement constitue un déterminant social crucial quant à la qualité de vie et de bien-être des personnes. En 1986, la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) avait d'ailleurs identifié le logement comme l'un des déterminants sociaux de la santé et du bien-être (Morin, Dorvil, 2008; Nelson, Saegert, 2008; Raphael, Bryant, 2006; Dunn, 2000). Par exemple, l'accès à un logement adéquat et abordable établit les circonstances et/ou les opportunités d'accessibilité à d'autres supports réseaux formels et informels (Carter, Polevychok, 2004). Il est le « ...point d'insertion dans un ensemble plus vaste : le logement situe les individus dans un environnement, souvent un quartier avec ses services, ses écoles, les possibilités qu'il offre d'accéder au travail, à un réseau social élargi » (Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse, 2003 : 23).

Cette affirmation de la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse relève cependant du sens commun, car il s'agit d'un processus complexe qui demande à être clarifié et démontré par la recherche afin que l'on puisse saisir le rôle spécifique du logement dans ce processus. Malgré la centralité de ce bien dans notre vie quotidienne et en regard des pratiques d'intervention, on en sait encore très peu sur l'habitation en tant que milieu de vie et sur l'impact social des pratiques et des relations qui se jouent à ce niveau. Nous préférons le terme d'habitation à celui de logement parce qu'il permet de faire le lien entre l'espace privatif et l'environnement de la personne.

« L'habitation est, dans le même mouvement, l'action d'occuper de façon régulière un lieu, et l'espace qui sert à cette occupation. Le fait d'habiter un lieu relève d'une démarche active, quelles que soient la forme matérielle de l'habitation et les contraintes qui pèsent sur cette démarche. La notion d'habitation diffère de celle de logement en ce qu'elle inclut, au-delà de l'espace occupé par l'habitant, l'ensemble des relations que ce dernier constitue entre cet espace et son environnement physique et social. (Flamand, 2004 : 130) »

Cet espace de vie qu'est le lieu où nous résidons ne pouvait pas ne pas être profondément affecté par les importantes transformations sociétales et technologiques de ces dernières décennies. La famille, le couple, l'individu en société, les communautés, tous ont subi de profondes transformations. Par exemple, le nombre d'individus qui vivent seuls ne cesse d'augmenter et les enfants de parents divorcés ou séparés peuvent se promener régulièrement entre deux logements.

Une société des individus (Lesemann, 2003; Élias, 1991) a pris forme où s'effectue le passage d'une politique d'émancipation à une politique de la vie fondée sur le principe d'épanouissement de soi et où la personne est agent et responsable de son propre projet de vie. Le chez-soi, est donc, plus que jamais, associé à un style vie, un témoignage de sa propre identité. Deux exemples parmi tant d'autres, reliés au chez-soi : les familles sont peu nombreuses, mais les maisons ne cessent de prendre du volume; les condominiums, dans le cadre d'une stratégie de mise en marché, ont des identités comme les lofts que les promoteurs destinent aux artistes.

À cette survalorisation du chez-soi correspond paradoxalement un nouveau flou quant aux frontières entre soi et les autres. Cette incertitude a ainsi franchi un seuil décisif avec l'apparition de l'Internet et des webcams. L'individu peut maintenant montrer son espace familial aux internautes et même toute son intimité si cela lui sied. À l'opposé de la pensée antique, où le privatif était associé au fait d'être «... littéralement privé de quelque chose, à savoir des facultés les plus hautes et les plus humaines...» (Arendt, 1982 : 48), le privé, au sens moderne abrite l'intimité. L'habitation, dans ce contexte, est devenue une composante majeure de politiques et de programmes de santé et de services sociaux visant à favoriser l'autonomie de la personne et son maintien dans son milieu de vie : 'housing as the foundation of community care' (Fletcher, 1996). Le développement des services dans le milieu de vie est l'orientation fondamentale qui guide l'évolution du système de santé et de services sociaux (MSSS, 2003). Comme l'exprime la politique de soutien à domicile, « Tous les intervenants doivent contribuer à l'objectif de soutien à domicile » (MSSS, 2003 : 1). C'est même le fondement de la loi.

Le régime de santé et de services sociaux... a pour but le maintien et l'amélioration de la capacité physique, psychique et sociale des personnes d'agir dans leur milieu et d'accomplir les rôles qu'elles entendent assumer d'une manière acceptable pour elles-mêmes et pour les groupes dont elles font parties. (art.1)

Chercheurs et politiques ministérielles prévoient ainsi que l'évolution des connaissances, des pratiques de même que les changements démographiques auront pour effet de provoquer une croissance importante du nombre de personnes desservies dans le cadre d'intervention psychosociale à domicile (MSSS, 2003). Trois secteurs d'intervention sont au cœur du processus d'intervention psychosociale à domicile : Soutien à domicile, Enfance/Jeunesse/Famille et Santé mentale. Notre projet de recherche, par son objet même de définition – la signification du chez-soi lors d'intervention à domicile dans ces trois programmes – se veut un apport significatif à l'avancement des connaissances. En effet, en associant trois programmes distincts, notre projet

fait œuvre originale dans le milieu de la recherche puisque les écrits sur la signification du chez-soi en regard de politiques et de services sont, en règle générale, circonscrits à un champ d'intervention spécifique. Une étude empirique visant à cerner la signification du chez-soi lors d'une intervention psychosociale à domicile dans ces trois secteurs d'intervention nous semble représenter une voie originale et pertinente, car peu documentée par les écrits malgré l'ampleur des services et des interventions psychosociaux à domicile. De plus, à notre connaissance, ce projet de recherche permet de réunir, pour la première fois, dans une telle problématique de recherche, trois programmes d'intervention psychosociale à domicile. L'aspect transversal de notre projet a ainsi favorisé la collaboration de chercheurs venant d'horizons divers (Personnes âgées, Santé mentale, Enfance/Jeunesse/Famille) autour d'une problématique commune porteuse d'un renouvellement des pratiques, car permettant de mieux appréhender la complexité inhérente à une intervention intimement reliée à la vie quotidienne de la personne (Kaufmann, 1989; 1988).

Cette recherche s'est donc déroulée alors qu'un nombre sans cesse croissant d'intervenants effectuent des interventions psychosociales dans un espace domiciliaire. Mais la signification du chez-soi « *the meaning of home* » est-elle prise en considération (Heywood, 2005) lors de telles interventions qui s'inscrivent dans le cadre de l'évolution des services de santé et de services sociaux vers des services dispensés au domicile de la personne? En principe, elle devrait l'être puisqu'« être dans ses meubles » constitue un élément clé de la vie quotidienne; l'arrivée d'une personne étrangère perturbe la routine journalière. Comme lieu où la vie personnelle est située, le chez-soi prend beaucoup du temps d'un individu, de ses ressources et de ses émotions. Il représente un lieu d'intimité, de sécurité, de contrôle, de liberté, de créativité et d'expression. Cela apparaît d'autant plus vrai pour les personnes hors du marché du travail qui peuvent demeurer de longs moments de leur vie dans l'espace domiciliaire (Leeson, 2006).

Après cette entrée en matière, nous présenterons maintenant les principaux objectifs et les principales questions de cette recherche, puis, suivra une brève synthèse des écrits scientifiques quant aux services à domicile au Québec, et ce, selon les particularités de chacun des trois programmes qui sont parties prenantes de la recherche.

1.1. Objectifs et questions de recherche

Notre projet visait donc à identifier, en regard de la signification du chez-soi, les aspects facilitant l'intervention psychosociale au chez-soi d'une personne dans trois programmes de services psychosociaux : Soutien à domicile, Enfance/Jeunesse/Famille et Santé mentale.

Les objectifs spécifiques étaient les suivants.

- 1) Par le biais des témoignages des usagers, décrire l'expérience de l'intervention chez-soi et plus spécifiquement comment la signification du chez-soi est mise en jeu lors d'une intervention psychosociale à domicile.
- 2) Analyser la perspective des intervenants quant à l'intervention psychosociale au chez-soi d'une personne.
- 3) Discerner comment l'intervenant prend en considération la signification du chez-soi lors d'une intervention psychosociale à domicile.

Plusieurs variables (genre, classe sociale, race, pays, âge, handicap) ont été identifiées dans la recension des écrits comme étant essentielles dans la compréhension du chez-soi comme concept multidimensionnel (Heywood, 2005; Imrie, 2004; Mallet, 2004; Heywood et al., 2002). Le fait d'être propriétaire a également sollicité l'attention de nombre de chercheurs et a permis la validation du concept de sécurité ontologique comme élément référentiel de base dans la signification du chez-soi (Hiscock et al., 2001; Kearns et al., 2000; Nettleton et Burrows, 1998; Dupuis et Thorns, 1998; Saunders, 1989; Saunders et Williams, 1988). La sécurité ontologique consiste en un sentiment de confiance en la sécurité de l'être dans la fiabilité des personnes et des choses (Giddens, 1994). Un tel processus peut se développer et se maintenir dans un environnement social et matériel adéquat permettant de transformer « a house into a home », et ce, dans un cadre quotidien où s'instaure un sens d'assurance et où l'individu est en contrôle et en sécurité.

Le concept de sécurité ontologique représente en effet un concept clé opératoire utilisé par des chercheurs en géographie humaine (Miffin, Wolton, 2005; Milligan, 2003), en sociologie (Adkins et al., 2003) et en ethnologie (Thalineau, 2002) afin d'appréhender l'univers du chez-soi dans un contexte d'intervention psychosociale à domicile. À ce titre, ils s'inscrivent dans le cadre théorique de Somerville (1997) et de Gurney (1990) et repris par Heywood (2005) et fondé sur le savoir expérientiel. Selon les écrits, quatre aspects du concept de sécurité ontologique

apparaissent comme primordiaux : la sécurité, l'intimité, l'identification et l'appropriation de l'espace domiciliaire. Même si « La maison a des bras pour nous protéger. » (Bachelard, 1964) les « épreuves de l'habiter » constituent une réalité documentée; l'espace domiciliaire étant également un lieu de violences, de conflits (Knowles, 2000; Sebley, 1995). Le chez-soi est aussi un espace privé; hébergée, la personne ne peut plus refuser une intervention professionnelle; notre intimité n'est plus alors notre propriété (Thalineau, 2002). De même, l'espace du chez-soi constitue l'expression de notre identité, un souvenir quotidien d'une continuité d'avec un lieu (Twigg, 2002; 1999). Finalement, il s'agit d'un lieu de contrôle où l'habitant exerce un pouvoir; le domicile perçu par l'habitant comme un lieu de pouvoir « a power base » (Wilcocks et al., 1987).

Sur la base de ce qui précède, notre recherche s'est orientée en fonction des questions suivantes.

- a) Comment les usagers décrivent-ils l'expérience d'intervention psychosociale à domicile en regard de la signification du chez-soi?
- b) Comment les intervenants prennent-ils en considération la signification du chez-soi et plus spécifiquement la sécurité ontologique lors d'une intervention psychosociale à domicile?
- c) Quels sont les éléments facilitateurs, tels qu'identifiés par les usagers en regard de la signification du chez-soi, lors d'une intervention psychosociale à domicile?
- d) Quels sont les enjeux pour la pratique professionnelle inhérents à la signification du chez-soi lors d'une intervention psychosociale à domicile?

1.2. Le soutien dans le milieu de vie de la personne

Il s'agit de présenter à grands traits l'évolution du système de santé et de services sociaux qui au Québec, comme ailleurs en Occident, est l'objet depuis plus de trente ans d'un passage graduel d'un mode de prise en charge traditionnel en établissement au soutien dans le milieu de vie de la personne. Les secteurs d'intervention qui ont fait une description plus détaillée sont ceux qui sont l'objet de notre recherche : Soutien à domicile, Enfance/Jeunesse/Famille, Santé mentale. Le milieu de vie de la personne doit être ici être assimilé à son habitation telle que nous l'avons défini dans notre introduction. La prise en charge en milieu institutionnel est donc véritablement devenue une solution de dernier recours. Au tournant des années 1980, les politiques sociales québécoises poursuivent des objectifs de désinstitutionnalisation des clientèles du système de

santé et de services sociaux. Ce processus de désinstitutionnalisation concerne essentiellement les personnes âgées, les personnes handicapées, les personnes souffrant de maladies chroniques, les personnes ayant un problème de santé mentale. À cela s'ajouteront le virage ambulatoire pour les personnes posthospitalisées et l'approche milieu pour les familles en difficulté. Durant les années 1990, le désengagement de l'État se fait encore davantage ressentir alors que le Québec est en période de crise économique. C'est à ce moment que la réforme Côté, à la faveur du virage ambulatoire, décide d'agir sur le contrôle des coûts des ressources lourdes et onéreuses (essentiellement les hôpitaux et les institutions asilaires) en favorisant davantage les services dispensés dans la communauté, qui apparaissent comme étant moins coûteux. Bien entendu, cet important virage ne répond pas qu'à une logique de réduction des coûts. Le maintien dans les milieux de vie des clientèles visées par le virage ambulatoire correspond également à des avancées technologiques, à une meilleure prise en compte des risques nosocomiaux de l'hospitalisation, des conséquences de l'institutionnalisation sur le bien-être des personnes et fait aussi droit aux revendications de groupes de défenses des intérêts des usagers qui revendiquent le maintien d'un maximum de personnes en contexte de vie naturel.

1.3. Soutien à domicile

En matière de services à domicile, le Québec s'est doté d'une politique officielle en 1979. Cette Politique définissait les services à domicile de la façon suivante.

Par services à domicile, on entend l'ensemble des activités visant à apporter au domicile du bénéficiaire un soutien moral, matériel et médical susceptible de compenser une perte d'autonomie, de prévenir ou de pallier à une situation de crise et d'éviter ou d'abrèger le séjour en institution (MAS, 1979 : 7).

Par l'implantation d'une politique officielle en matière de services à domicile, la volonté de l'État était d'effectuer un virage à cent quatre-vingts degrés sur le plan des politiques s'adressant aux personnes en perte d'autonomie à domicile en leur offrant une gamme complète de services à domicile comme alternative à l'hébergement institutionnel (Roy, 1994). Le gouvernement prend ainsi acte d'un courant de pensée de plus en plus dominant vers la fin des années 1970 visant la prise en charge des personnes sur leur propre santé et l'affranchissement du caractère abrutissant du professionnalisme dans les services institutionnels. Déjà à cette époque, on voyait poindre le désir d'humaniser les services et d'engager un rapprochement avec la clientèle. Les années 1990 seront également une période de changement dans le secteur du soutien à domicile. La politique

de soutien à domicile de 1979, élaboré par le ministère des Affaires sociales, créait certaines ambiguïtés quant à l'intégration des différents services de soutien à domicile, tels que les services d'entretien ménager et les services d'aide à la famille. C'est pourquoi, au printemps 1994, le MSSS a élaboré un « Cadre de référence sur les services à domicile de première ligne » (MSSS, 1994). La période du début des années 1990 est alors marquée par une période d'expérimentation en matière de services à domicile. En 2003, le MSSS implante une nouvelle politique de soutien à domicile s'intitulant *Chez-soi : le premier choix*. Cette exigence signifie que : « Toute personne ayant une incapacité significative et persistante doit pouvoir vivre dans son domicile et participer à la vie de son milieu dans des conditions qu'elle juge satisfaisante pour elle et pour ses proches » (MSSS, 2003 : 5) Cette Politique a pour objectif principal de mieux définir le rôle des différents acteurs oeuvrant dans la dispensation des services de soutien à domicile pour les personnes âgées ou encore les personnes handicapées (Vaillancourt et Jetté, 2001; MSSS, 2003, Crevier, 2009). Ce document ministériel précise le caractère spécifique de l'intervention à domicile et sans le nommer comme tel réfère implicitement à la signification du chez-soi.

« ... le domicile est un lieu d'intimité où un individu réalise des activités, entretient des relations interpersonnelles, remplit des rôles sociaux, bref un milieu de vie. L'intervention à domicile s'inscrit toujours dans une réalité familiale et culturelle particulière. Pour cette raison, le domicile ne peut être considéré comme un simple « site » de soins. » (MSSS, 2003 : 7)

En 2004, le MSSS publie un élément du plan de mise en œuvre annoncé dans la Politique : « Chez-soi : le premier choix, Précisions pour favoriser l'implantation de la politique de soutien à domicile ». D'autre part, le Plan d'action sur les services aux aînés en perte d'autonomie 2005-2010 du ministère de la Santé et des Services sociaux mentionne « la volonté ferme de permettre aux personnes âgées de demeurer dans leur communauté » (MSSS, 2005c : 33). Plusieurs dispositifs organisationnels et programmatiques destinés aux aînés en perte d'autonomie peuvent en témoigner. Par exemple, les dispositifs de la gestion de cas, dans le champ du soutien à domicile et qui permet une coordination des services de soutien à domicile, sont une pratique qui est déjà relativement bien établie dans les pratiques gériatriques (Hébert, 2004).

1.4. Santé mentale

Dans le secteur de la santé mentale, les réformes de la pratique psychiatrique ont provoqué une première vague de désinstitutionnalisation au milieu des années 1960, initiative du mouvement de la psychiatrie communautaire (Lecompte, 1997; Fleury & Grenier, 2004). La psychiatrie

communautaire devient dès lors une extension de l'hôpital dans la communauté et cette pratique sera associée à une politique de sectorisation, où chaque établissement aura une responsabilité populationnelle par rapport à un territoire géographique donné (Fleury & Grenier, 2004; Crevier, 2009). Fleury & Grenier définissent ainsi la pratique de la psychiatrie communautaire.

[La psychiatrie clinique] met l'accent sur l'accessibilité, l'individualisation et la continuité des soins, en identifiant des populations cibles et en favorisant le développement d'équipes professionnelles et multidisciplinaires de soins (Fleury & Grenier, 2004 : 26).

Ce processus de désinstitutionnalisation et de réduction de la durée de séjour en psychiatrie s'est poursuivi dans les années 1970 et 1980, notamment par l'entremise de la réforme Castonguay-Nepveu de 1970 (Fleury & Grenier, 2004; Crevier, 2009). Avec la réforme Castonguay, les services médicaux hiérarchisés en services de base (ex. : CLSC) et certains services spécialisés sont accessibles aux personnes ayant des problèmes de santé mentale. Auparavant, les personnes souffrant de problèmes de santé mentale étaient entièrement prises en charge par la psychiatrie hospitalière. Le milieu de vie de la personne comme lieu d'intervention est apparu alors comme un élément incontournable à prendre en compte dans l'organisation des services de santé et de services sociaux. En premier lieu, mentionnons l'importante transformation des services en santé mentale qui remonte à la Politique de santé mentale de 1989 (MSSS, 1989) et qui a contribué à mettre en place des services dans la communauté pour les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale (Chabot, 2004). Cela « revenait à renverser l'ancienne pyramide des services : transporter les 60 p. 100 du budget dévolus à l'hospitalisation dans la communauté ». (Chabot, 2004 : 13). Finalement, le plan d'action en santé mentale 2005-2010 du MSSS réitère l'importance pour les personnes usagères de vivre en logement autonome avec soutien (MSSS, 2005a). Ainsi, la volonté de se doter d'une approche de soutien dans la communauté pour les personnes vivant un problème de santé mentale est bien incarnée (Chabot, 2004; MSSS, 2005a) que ce soit par le biais de soutien semi-intensif, ou case management, ou par celui du suivi communautaire, par exemple le programme de suivi intensif (assertive community treatment) ou d'intensité variable.

1.5. Enfance/Jeunesse/Famille

Dans le secteur Enfance/Jeunesse/Famille, l'intervention dans le milieu de vie est aussi devenue la norme pour les familles vivant en contexte de vulnérabilité (Parent, 2004). Des programmes ont commencé à prendre forme durant la décennie des années 1990. Un premier programme,

Naître Égaux-Grandir en Santé (NEGS), a été élaboré en 1991 pour offrir aux familles vulnérables des services intensifs et globaux, à l'image de la complexité des problèmes auxquels elles sont confrontées (MSSS, 2004).

Afin de venir en aide aux jeunes en difficulté et leurs familles (MSSS, 2002), la stratégie d'action ministérielle pose explicitement la nécessité d'une action concertée et intégrée auprès des familles ciblées. L'intervention à domicile auprès des familles est fortement préconisée et prend différentes formes qu'il s'agisse de thérapie familiale (Cortes, 2004; Fuller, 2004; Morris, 2003; Morin, 2005), de programmes de préservation familiale (Hanssen, 2004; Morin et coll., 2003), de programme en périnatalité (MSSS, 2005) ou encore d'intervention précoce afin de prévenir la négligence et les mauvais traitements. Ainsi, en juin 2000, le Programme de soutien aux jeunes parents (PSJP) a été mis en place suite à l'annonce effectuée au cours du Sommet du Québec et de la jeunesse. Ce programme devait se baser à la fois sur les connaissances scientifiques et sur les services déjà existants pour venir en aide à la population visée. Le PSJP s'est dès lors inscrit en continuité et en complémentarité avec les programmes déjà implantés (MSSS, 2004). Enfin, plusieurs régions du Québec ont mis en place, dans le cadre des *Priorités nationales de santé publique 1997-2002*, un programme de soutien éducatif précoce qui s'inspire du modèle conçu par la Direction de la santé publique du Bas-Saint-Laurent. Ce programme, destiné aux enfants de 2 à 5 ans provenant de milieux à faible niveau socio-économique et à leur famille, poursuit différents objectifs liés au développement global de l'enfant et à celui des habiletés parentales (MSSS, 2004). À la suite de différentes réflexions et travaux sur la planification ministérielle, le Ministère a convenu de fusionner les trois programmes dans les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance destinés aux familles vivant en contexte de vulnérabilité. Même si une part importante de l'intervention se déroule au domicile de la personne, le cadre de référence de ces services ne mentionne pas d'enjeux liés à ce mode d'intervention.

Il est donc manifeste que cette évolution des services de santé et de services sociaux met au premier plan l'habitation de la personne et particulièrement l'espace domiciliaire de la personne ou de la famille. L'évolution du système de santé et de services sociaux démontre que le milieu de vie, le chez-soi de la personne, est perçu comme un antidote à la dépersonnalisation induite par toute institution et comme une forme d'intervention facilitant la prise en compte de l'ensemble des aspects de vie de la personne ou d'une famille. Par exemple, on cherche à recréer «un milieu de vie» dans les institutions où sont hébergées des personnes en perte d'autonomie.

Ainsi, Higgins (1989) s'est justement interrogé sur la façon dont les politiques sociales reflètent les attitudes envers le chez-soi et les tentatives de recréer des environnements domestiques dans un espace institutionnel où vivaient des personnes âgées. Essentiellement, il démontre que le chez-soi est considéré comme un espace privé; un lieu où l'on a un espace personnel et un certain contrôle sur ce qui déplace dans cet espace et sur quelle base. On assume que les personnes ont une forme quelconque d'occupations (loisirs, s'occuper des autres, entretien de la maison) qui leur donnent un but et occupent leur temps de façon constructive. De même, la sécurité du chez-soi donne aux gens la possibilité de faire des choix (amis, style de vie, quoi manger, quand dormir, être respecté). Ils peuvent alors former des relations sur une base volontaire.

Ce déplacement des pratiques professionnelles, compte tenu du type de lieu de vie où celles-ci se déplacent, exige la création de nouveaux modes relationnels entre les usagers et les professionnels (Breviglieri, 1999; Breviglieri et coll., 2003; Gagnon et Saillant, 2000; Weller, 2002; Crevier, 2009). Des modes relationnels qui tiennent justement compte de la signification du chez-soi et de corollaire indispensable : la sécurité ontologique.

Après cette mise en contexte, le rapport de recherche se présente comme suit. Au chapitre II, nous présenterons notre cadre conceptuel et théorique portant sur le concept de sécurité ontologique, tel qu'opérationnalisé dans le domaine de l'habitation (Després, 1991; Giddens, 1994; Sommerville, 1997; Gurney, 1990) puis au chapitre III, les résultats d'une recension des écrits portant sur l'intervention psychosociale à domicile seront détaillés selon trois axes d'analyse : les secteurs d'intervention (Soutien à domicile, Enfance/Jeunesse/Famille»), les quatre dimensions du cadre opératoire (intimité, identification, appropriation, sécurité) et finalement les enjeux et les paradoxes inhérents à l'intervention à domicile. Notre méthodologie de recherche, basée sur une approche qualitative fait l'objet du chapitre subséquent.

Le chapitre V, quant à lui, présente dans une première section, les résultats portant sur le chez-soi et la prise en compte de la sécurité ontologique dans l'intervention à domicile selon les quatre dimensions retenues : identité, appropriation, intimité, sécurité. La deuxième section de ce chapitre a trait aux résultats portant sur les enjeux de l'intervention psychosociale à domicile pour la pratique professionnelle. Finalement, le chapitre de conclusion reprend les principaux résultats de la recherche et formule des propositions pour la recherche et la pratique.

Chapitre 2

REPÈRES THÉORIQUES

Chapitre 2

La signification du chez-soi varie en fonction des expériences culturelles, sociales et historiques spécifiques à chaque société (Mallet, 2004). Du point de vue de l'interactionnisme symbolique, le lien entre le symbole du domicile et les différences socioculturelles de l'individu est clairement identifié. Angus, Kontos, Dick et leurs collaborateurs (2005) ainsi que Mallet (2004) se réfèrent également au concept de l'habitus culturel de Bourdieu pour cerner la construction sociale de la symbolique du domicile. De la somme des écrits scientifiques sur la signification du chez-soi, la sécurité ontologique apparaît toutefois comme l'un des éléments référentiels de base (Hulse, Saugeres, 2008). De nombreux travaux théoriques ont ainsi voulu étudier le sens apporté au chez-soi pour l'individu, « the meaning of home », notamment Sommerville, 1997; Desprès, 1991, Gurney, 1990. Selon ces travaux issus de plusieurs disciplines, le chez-soi constitue un lieu où la vie personnelle est située et socialement construite. En effet, le chez-soi prend beaucoup de temps d'un individu, de ses ressources et de ses émotions. Il représente un lieu d'intimité, de sécurité, de contrôle, de liberté, de créativité et d'expression (Gurney, 1990; Sommerville, 1992; Desprès, 1991; Appleyard, 1979; Heywood, 2005). Par exemple, Appleyard (1979) a démontré le lien évident entre le bien-être psychologique, l'estime de soi et l'apparence physique du domicile de l'individu, de son environnement ambiant et du niveau de contrôle pouvant être exercé sur celui-ci (Appleyard, 1979; dans Heywood, 2005). Un tel processus permet alors de transformer « a house into a home », et ce, dans un cadre quotidien où s'instaure un sens d'assurance et où l'individu est en contrôle et en sécurité. À cet égard, le concept de sécurité ontologique représente un concept fondamental utilisé par nombre de chercheurs qui s'intéressent à la signification du chez-soi. Par exemple, Kearns et Smith (1994), des géographes, se sont intéressés aux liens entre le logement, l'itinérance et la santé mentale emploient ce concept pour qualifier les difficultés de certains groupes de se sentir chez-soi 'feel at home'. Les personnes âgées et les femmes, devant la montée de l'insécurité, peuvent être dans leur domicile, mais alors littéralement puisque n'osant plus sortir, ce faisant : « they may be less than 'at home' in terms of feeling safe, secure, and at ease, all of which are arguably indicators of the ontological meaning of home » (p. 420). Gurney, quant à lui, a identifié spécifiquement neuf aspects de la sécurité ontologique relié à la chaleur du chez-soi de l'individu : **1)** la sécurité primaire; **2)** l'intimité; **3)** le contrôle; **4)** la liberté; **5)** l'identité; **6)** les liens sociaux; **7)** le développement personnel; **8)** le point de référence et **9)** l'enracinement (Gurney, 1990; Heywood, 2005).

Nous présentons donc d'abord une définition précise de la sécurité ontologique issue des travaux du psychiatre R.D. Laing qui ont été repris par A. Giddens. Par la suite, nous démontrons de quelle manière ce concept théorique a été opérationnalisé dans les travaux de recherche effectués dans le champ de l'habitation en regard de la signification du chez-soi mais excluant les travaux liés à de l'intervention effectuée à domicile qui seront traités dans le prochain chapitre. Nous avons préféré, dans un premier temps, nous appuyer théoriquement sur les travaux de recherche qui ont établi la pertinence de l'opérationnalisation du concept de sécurité ontologique quant à l'expérience d'habiter sans que cela soit lié à une quelconque intervention à domicile, afin de dégager les aspects essentiels de la sécurité ontologique : identité, sécurité, intimité, appropriation. Ces aspects seront explicités par la référence aux deux principales applications de la sécurité ontologique dans le champ de l'habitation : la propriété domiciliaire et l'habitation à loyer modique (HLM). En un deuxième temps, au chapitre suivant, ces aspects essentiels seront repris et exposés dans notre recension des écrits scientifiques quant à l'intervention à domicile et la signification du chez-soi.

2.1. Sécurité ontologique

Le psychiatre anglais R.D. Laing, l'un des psychiatres associés au vaste mouvement de critique des pratiques psychiatriques traditionnelles dans les années 1960, a été le premier auteur à utiliser ce concept. Il s'agit d'ailleurs de l'un des titres de chapitre de son livre : « Le moi divisé » (1970). Selon le Robert, Dictionnaire historique de la langue française (1993), le terme ontologique a trait à ce « qui concerne l'être, le fait d'exister » (p. 1369). Ce fait d'exister procure aux personnes des assurances permettant de :

*«... vivre dans ce monde et d'y rencontrer d'autres individus...
Un tel homme, fondamentalement ontologiquement en sécurité,
affrontera toutes les circonstances sociales, éthiques, spirituelles,
biologiques de la vie avec un ferme sentiment de sa réalité, de son
identité et de celle des autres, de la permanence des choses, de la
substantialité des processus naturels » (1970 : 35).*

Laing (1969), de par sa profession, s'est intéressé justement aux personnes qui ont des problèmes de santé mentale dus à une absence partielle ou complète de ces assurances. Afin de traiter les personnes, dont les troubles psychiques procèdent uniquement d'une sécurité ontologique initiale. Laing estime essentiel de comprendre le monde bien particulier de ces personnes. « La personne affligée d'insécurité ontologique est plus soucieuse de se

préserver que d'être satisfaite; les circonstances ordinaires de la vie menacent son seuil de sécurité, qui est bas. » (p. 38)

A. Giddens a repris et a travaillé cette intuition de Laing dans son livre majeur « La constitution de la société ». La sécurité ontologique y est définie comme suit : « Confiance que les mondes naturel et social sont tels qu'ils paraissent être, y compris les paramètres existentiels de base du soi et de l'identité sociale » (1988 : 443). Implicite dans cette définition est la notion de vie quotidienne s'appuyant sur la continuité du monde et de soi. Une telle sécurité ontologique peut en effet se développer et se maintenir dans un cadre de vie quotidien où s'instaure un sentiment d'assurance par lequel l'individu se sent en contrôle et en sécurité. «Home provide a place in which people can achieve a sense of ontological security in a world that is insecure, dangerous, and threatening. » (Dockery, Melson, 2005)

À cet égard, Hulse et Saugueres (2008) soulignent que les réflexions de Giddens sur la signification de la temporalité en regard de la sécurité ontologique leur ont été particulièrement précieuses. Cette recherche sur les différentes dimensions de l'insécurité en habitation attire l'attention sur un sous-groupe de personnes interviewées qui n'ont jamais été capable d'avoir ce sentiment de sécurité du moi. Les auteurs mettent ceci en lien avec les histoires d'abus et de violence dont ces personnes ont été l'objet dans leur enfance. Elles étaient « sans toit chez-soi » ('homeless at home', Wardaugh, 1999) d'où les répercussions sur leur rapport au chez-soi dans leur trajectoire de vie. Wistanley et al. (2002) dans leur étude qualitative sur la mobilité résidentielle, insistent eux aussi sur l'importance de saisir cette expérience de manière temporelle permettant ainsi de mieux inscrire cette mobilité dans la trajectoire de vie des personnes.

2.1.1. Être propriétaire

La plupart des recherches dans le champ de l'habitation qui a utilisé le concept de sécurité ontologique a associé ce concept à la propriété domiciliaire. Ce corpus de recherches a d'ailleurs fourni un rationnel à plusieurs gouvernements afin d'aider les ménages à devenir propriétaires (Hulse, Saugeres, 2008). La recherche de Dupuis et Thorns (1998) est exemplaire à ce titre et est maintes fois citée. Ces auteurs se sont inspirés de Saunders (1986; 1984) qui a mis de l'avant la proposition que la propriété domiciliaire offre un moyen par lequel les individus

peuvent avoir un sentiment de sécurité ontologique dans leurs vies de tous les jours. Cette recherche s'est déroulée auprès de 53 personnes âgées et propriétaires d'une maison en Nouvelle-Zélande. Selon ces auteurs, La sécurité ontologique est maintenue chez ces personnes quand :

« la maison est le lieu de la constance dans un environnement social et matériel :

toute action sociale est moulée et contrainte par le lieu spécifique dans lequel il se déroule par exemple, le cadre bâti de la maison; le sens de la stabilité associé à la maison se déroule de manière temporelle, « faire d'une maison un chez-soi » « making a house into a home »;

la maison est un contexte spatial dans lequel la routine quotidienne de l'existence humaine se déroule;

la maison est un lieu où les personnes se sentent le plus en contrôle dans leurs vies parce qu'ils se sentent libres de la surveillance qui est partie intégrante du monde contemporain;

la maison comme un refuge du monde extérieur : être capable de faire ce que voulez, quand vous voulez dans votre propre maison, mais un biais de genre semble se produire puisque les femmes veuves ont commenté sur l'expérience d'autonomie qu'elles ont vécue dans la maison après la mort du mari;

la maison comme un lieu sécuritaire autour duquel les personnes peuvent construire leurs identités. » (notre traduction)

Le thème central du texte de Dupuis et Thorns (1998) est la notion que la maison peut procurer un endroit « local » dans lequel les personnes peuvent travailler à atteindre un sens de sécurité ontologique dans un monde qui parfois est vécu comme menaçant et incontrôlable. Hiscock et al. (2001), quant à eux, ont réalisé une vaste recherche, tant quantitative que qualitative, comparant des propriétaires et des locataires afin d'appréhender les liens entre cette variable et les effets psychosociaux sur les individus, notamment par la prise en compte de la sécurité ontologique. Globalement, cette recherche évalue que les personnes propriétaires, en lien avec le statut social associé à cet état de fait, atteignent un meilleur sentiment de sécurité ontologique que celui des locataires de logements sociaux.

Cette recherche met nettement en évidence que le chez-soi ne peut être séparé du lieu où il est situé.

« Thus the impact of occupying a dwelling may be less significant as a health determinant for many people in modern Britain than the experience of residing in a particular place, comprising one's home and neighbourhood » (2003: 541).

Un propriétaire est en effet une personne arrivée socialement; il s'inscrit dans l'ordre naturel des choses, sa résidence étant vécue comme une source majeure de l'estime social et de la réputation sociale (Serfarty-Garzon, 2003). Par exemple, en Amérique du Nord, la banlieue représente la liberté, la possibilité d'éviter les autres personnes non-désirées. La maison familiale, associée aux espoirs de tranquillité domestique, débouche sur l'homogénéité du groupe. Ces deux principes importants de la structure sociale et de l'ordre social - qualité de vie du quartier et homogénéité sociale, sont d'ailleurs à la base du gouvernement local qui s'appuie sur l'homogénéité du revenu comme principe organisateur de l'utilisation des sols.

2.1.2. Être habitant d'une habitation à loyer modique (HLM)

Le milieu des habitations à loyer modique a fait également l'objet de recherches où l'on a cherché à discerner si ce milieu procure une sécurité ontologique à ses résidents. Plusieurs recherches, sans nécessairement utiliser le concept de sécurité ontologique, concluent que ce milieu peut être délétère pour ses résidents, notamment au niveau de l'intimité et de la sécurité (Morin, 2007; Leloup, 2007). Cependant, deux récentes recherches australiennes, tout en référant explicitement à ce concept, brossent toutefois un tableau plus nuancé. Mee (2007) a ainsi utilisé les notions d'intimité et d'enracinement (roots) pour saisir la signification du chez-soi chez les locataires d'un milieu d'habitation à loyer modique dans une zone de mixité sociale à Newcastle en Australie. Elle démontre que ce type d'habitation procure une sécurité due au bail ce qui assure le locataire d'une constance certaine, d'où une forme de sécurité ontologique pour la personne locataire en HLM.

Cet aspect positif des choses peut parfois être contre balancé par le défi que représente l'atteinte de l'intimité, car ces locataires, même s'ils ferment leurs portes et leurs rideaux peuvent être encore exposés aux odeurs ou aux bruits provenant des voisins. Hulse et Saugeres (2008), suite à l'analyse secondaire de deux recherches réalisées auprès de locataires en logements sociaux ou sur le marché privé, ont cherché à savoir si ces locataires vivaient une insécurité au niveau du logement. Leur recherche a permis d'établir que les HLM pouvaient fournir une sécurité ontologique aux locataires. Ceci est attribué à la sécurité du bail permettant alors une prévisibilité, une constance de même que des loyers abordables. Il faut toutefois saisir que la sécurité ontologique dans ce type d'habitation doit être insérée dans un contexte national spécifique. Ainsi, en Australie, les locataires du marché privé ont peu de droits; le propriétaire peut reprendre possession de son loyer selon son bon vouloir et il n'est pas protégé contre des augmentations abusives de loyer.

De telles études suggèrent que la sécurité ontologique n'est pas restreinte à la propriété. Une recherche américaine (Padgett, 2007) réalisée auprès de 39 personnes sans abri avec des problèmes de santé mentale ayant eu accès comme locataires à des logements privés à but lucratif, mais subventionnés (vouchers 8), a également permis d'établir que le sentiment de sécurité ontologique peut s'appliquer également à ces personnes : « ... housing can provide a fundamental building block for ontological security thus lending support to a housing first approach » (p.1934). De plus, cette dernière étude montre la pertinence d'appréhender la souffrance humaine en prenant spécifiquement en compte la signification du chez-soi alors celle-ci semble trop souvent ignorer dans les pratiques d'intervention notamment auprès des sans-abri.

The emotive aspect of homelessness wich could (following Gurney) be regarded as perhaps the most important are entirely neglected by such an approach. An issue of deep human misery is thereby reduced to a problem wich is merely technical... and legal (Sommerville, 1992 : 530; Heywood, 2005 : 533).

En résumé, la recension des écrits sur la sécurité ontologique dans le champ de l'habitation...

...suggère qu'essentiellement, il s'agit, pour la personne, d'avoir un lieu sécuritaire dans lequel les routines de la vie quotidienne peuvent s'établir, où l'intimité peut être négociée et où il y a une base sécuritaire à partir de laquelle l'on peut avoir des interactions sociales fondées sur la confiance. Cela permet à l'estime de soi de croître et à l'identité de la personne de se maintenir.» (Hulse, 2008 : 16) notre traduction

Ce chapitre nous a donc permis de présenter notre cadre conceptuel et théorique et ses différents champs d'application dans le domaine de l'habitation. Dans le prochain chapitre, une présentation plus détaillée de notre problématique de recherche sera élaborée. Pour ce faire, nous présenterons les résultats de notre recension des écrits que nous avons effectuée aux fins de cette présente étude.

Chapitre 3
MISE EN PROBLÈME DE L'INTERVENTION
PSYCHOSOCIALE À DOMICILE EN REGARD DE LA
SIGNIFICATION DU CHEZ-SOI ET RECENSION DES
ÉCRITS

Chapitre 3

Ce chapitre se veut une présentation de notre problématique à l'étude. Rappelons que notre premier objectif de recherche consiste à décrire l'expérience de l'intervention chez-soi et, plus spécifiquement, comment la signification du chez-soi est mise en jeu lors d'une intervention psychosociale à domicile, et ce, par le biais de témoignage de personnes usagères de services à domicile. Nous avons donc procédé à une analyse des écrits scientifiques en ce sens. Nous avons également analysé les écrits en fonction de la perspective des intervenants, en référence à une autre question de recherche, quant à l'intervention psychosociale au chez-soi d'une personne. Nous avons cherché à discerner, dans les écrits recensés, comment l'intervenant prend en considération la signification du chez-soi lors d'une intervention psychosociale à domicile.

3.1. Recension des écrits Soutien à domicile

3.1.1. Méthodologie de la recension des écrits

Dans le cadre de la présente recherche, une recension exhaustive des écrits a été effectuée sur les services psychosociaux dispensés à domicile; un certain nombre de ces recherches s'appuient d'ailleurs sur les concepts de signification du chez-soi et de sécurité ontologique. Pour ce faire, l'utilisation de différentes banques de données scientifiques a été privilégiée : *Social work abstracts (SWAB)*, *Goggle scholar*, *Ageline*, *Francis et Sociological abstract*. Les écrits ont été choisis en fonction de notre cadre théorique à partir des expressions clés *Home care*, *Home visit*, *Meaning of home*, *ontological security*, *Home-based treatment*, *intimacy*, *privacy*, *community care*, *aging*, *mental health*. Les textes retenus présentaient essentiellement des résultats d'études empiriques de type qualitatif. L'approche utilisée dans les recherches qui ont été retenues était de type *bottom up*, c'est-à-dire que les résultats que l'on retrouve dans ces études se basent sur les propos des individus vivant directement la problématique étudiée, soit en tant que personne usagère recevant des services psychosociaux à domicile, soit en tant que professionnels effectuant différentes interventions psychosociales à l'intérieur de la sphère privée des usagers.

3.1.2. Analyse des écrits

Dans les prochaines pages, nous présentons une mise en problème et une analyse des écrits empiriques à partir de trois axes d'analyse. Le premier axe consiste à présenter les écrits en fonction des trois secteurs d'intervention à l'étude : Soutien à domicile, Enfance/Jeunesse/Famille et Santé mentale. D'entrée de jeu, il convient de mentionner que la majorité des écrits empiriques concernent le secteur du Soutien à domicile, ce pour quoi nous développons majoritairement une problématisation en fonction de ce champ de pratique. Néanmoins, une analyse des écrits sur la pratique à domicile dans les secteurs Enfance/Jeunesse/Famille et Santé mentale sera développée, mais avec moins d'ampleur.

Le deuxième axe d'analyse consiste à analyser ces mêmes écrits empiriques en fonction des quatre aspects de notre cadre opératoire, soit l'intimité, l'identification, l'appropriation de l'espace domiciliaire et la sécurité. En effet, après avoir amené une courte définition de chacun de ces aspects, nous allons analyser de quelle façon les écrits recensés abordent chacun de ces aspects. L'analyse de ces écrits empiriques sera enrichie par plusieurs autres références bibliographiques.

Finalement, le troisième axe d'analyse consiste à analyser les mêmes aspects de façon à y dégager différents enjeux de l'intervention à domicile pour la pratique professionnelle.

3.1.2.1. *Les résultats au secteur Soutien à domicile*

Les résultats de notre recension des écrits nous démontrent que peu d'études empiriques se sont réalisées sur notre objet précis à l'étude, soit sur les services psychosociaux dispensés à domicile au regard de la signification du chez-soi.

La majorité des études recensées et analysées concerne les services à domicile dispensés aux personnes en perte d'autonomie, en occurrence les aînés et les personnes handicapées (n=11) (Wilcocks et al., 1987; Aronson et Neysmith, 2001; Heywood 2005; Milligan 2003; Twigg 1999; Taam

1999; Angus, Kontos, Dick et coll., 2005; Imrie, 2004; Aronson, 2002; Gilroy, 2005; Gagnon et Saillant, 2000).

Bien que ces études constituent des sources de documentations fortes intéressantes pour notre objet de recherche, elles ne nous renseignent peu sur la prise en considération de la signification du chez-soi lors d'interventions psychosociales à domicile. Néanmoins, plusieurs de ces travaux empiriques traitent de services à domicile en regard de la signification du chez-soi (Wilcocks et al., 1987; Heywood 2005; Milligan, 2003, Twigg, 1999; Means, 1997; Taam, 1999; Angus, Kontos, Dick et coll., 2005; Imrie, 2004), mais ces dernières traitent davantage de services de réadaptation dispensés à domicile (Heywood, 2005; Taam, 1999) ou encore de services d'entretien ménager ou d'aide à la personne (Angus, Kontos, Dick et coll., 2005; Imrie, 2004; Wilcocks et al., 1987; Milligan, 2003; Twigg, 1999; Means, 1997, Gagnon et Saillant, 2000). Ce résultat reflète, selon nous, l'organisation actuelle des services de soutien à domicile au Québec où la visée psychosociale est peu présente et où priment des modèles d'intervention qui sont davantage à connotation biomédicale (Couturier et Carrier, 2004).

Si ces études traitent peu d'interventions psychosociales à domicile au détriment d'interventions de soins médicaux ou de services de réadaptation, elles ont tout de même grandement servi à nous éclairer sur notre objet de recherche et méritent qu'on s'y attarde. Plusieurs d'entre elles seront donc citées plusieurs fois dans ce présent rapport de recherche.

L'une de ces études, soit celle effectuée par Heywood (2005) a été celle qui s'est avérée fondatrice de notre présente étude. Heywood a repris la classification de Gurney (1990) quant aux aspects de la sécurité ontologique. En effet, cette auteure a effectué une étude ethnographique d'une durée de 7 ans auprès de 104 personnes en perte d'autonomie ou ayant un handicap. Les sujets étaient répartis en trois groupes sociaux : enfants, adultes de moins de 60 ans et personnes de 60 ans ou plus. Heywood a cherché à comprendre l'importance du chez-soi pour les

personnes ayant des limitations fonctionnelles. Alors que le chez-soi est bien souvent évalué en fonction de la nécessité de possibles adaptations ergothérapeutiques ou architecturales, les impacts psychosociaux de ces adaptations en lien avec les aspects du concept de la sécurité ontologique proposés par Gurney semblent effectivement avoir un sens dans le rapport au chez-soi de l'individu.

Ensuite, l'aspect de l'intimité semble être primordial dans le besoin de sécurité ontologique de l'individu. En effet, Heywood souligne l'importance pour l'individu d'avoir un refuge où il peut être protégé des regards extérieurs. Le domicile devient dès lors un lieu où la personne ayant des limitations fonctionnelles peut retrouver son intimité, alors que l'institutionnalisation vient compromettre grandement cet aspect. Qui plus est, le besoin de l'individu d'exercer un contrôle sur son environnement s'avère d'une importance tout aussi capitale. Heywood dénote le besoin des usagers recevant des services à domicile, ainsi que celui des familles d'être impliquées autant que possible dans la prise de décision en ce qui concerne les adaptations architecturales du domicile. Enfin, l'appropriation de l'espace domiciliaire résiderait dans le besoin d'avoir un contrôle total sur son environnement, en particulier en ce qui concerne l'esthétique et la décoration du chez-soi. Le cadre théorique d'Heywood amène donc des précisions intéressantes quant aux liens à explorer entre le concept de sécurité ontologique et les pratiques d'interventions psychosociales à domicile. Nous appuyant sur ce cadre théorique et des quatre dimensions précédemment identifiés, nous avons réalisé une recension des écrits qui sera présentée sur la base de celles-ci. Cet exercice nous a alors permis de mieux détailler ces quatre dimensions de la sécurité ontologique afin de pouvoir les utiliser à bon escient dans notre recherche lors de la classification et l'analyse des données.

Heywood mentionne que pour un nombre important de personnes, les adaptations architecturales inadéquates du domicile viennent compromettre grandement le besoin de sécurité primaire de l'individu. Par exemple, le

fait de devoir utiliser les escaliers à défaut de pouvoir bénéficier d'un ascenseur à domicile peut être une grande source d'insécurité pour la personne aux prises avec des limitations fonctionnelles. De plus, il appert que le chez-soi est considéré par l'individu comme un refuge contre les dangers extérieurs, « home as a heaven » (Mallet, 2004; Taam 1999). Une autre étude recensée (Imrie, 2004), réalisée auprès de 20 personnes handicapées physiques en Angleterre, mentionne en ce sens que l'environnement physique et les adaptations de la maison ont un lien direct avec la qualité de vie de la personne handicapée. Ici encore, cette recherche illustre que les adaptations architecturales, bien que nécessaires pour pallier aux incapacités occasionnées par le handicap physique de ces personnes, peuvent venir bouleverser le sens qui est donné au chez-soi par ces individus. Par exemple, les adaptations architecturales font parfois en sorte de transformer l'esthétique ou la décoration du domicile, pensons aux personnes en fauteuil roulant qui doivent chambouler l'esthétique de leur domicile afin d'y installer une rampe d'accès ou un ascenseur. Ainsi, le chez-soi peut être constamment modifié par la dégénérescence de certaines maladies (pensons par exemple à la sclérose en plaques) occasionnant une perte d'autonomie progressive qui nécessite des adaptations architecturales au fil du temps.

À cet égard, Imrie (2004) mentionne qu'il ne faut pas oublier que la signification du chez-soi et la qualité de vie à domicile constitue une expérience individuelle et que l'on doit s'adapter aux besoins spécifiques de chaque usager. Il ressort de l'étude que les services à domicile offerts aux personnes handicapées, en particulier les services d'adaptation et de réadaptation, ne tiennent pas toujours en considération leur opinion et leur représentation de la signification du chez-soi. Les personnes se retrouvent dès lors subordonnées à ces services censés leur venir en aide, mais qui, de façon inconsciente, contribuent à leur exclusion. Il sera intéressant de voir, à la lumière de nos propres résultats empiriques, si les services psychosociaux québécois altèrent ainsi le sens donné au chez-soi par les

usagers recevant des services à domicile, notamment les personnes en perte d'autonomie.

Toujours dans le champ du soutien à domicile, nous avons également recensé une étude réalisée par Twigg (1999). Cette étude a été réalisée dans le cadre d'une recherche qualitative effectuée auprès de 30 personnes handicapées et d'un nombre similaire d'intervenants. Twigg (1999) soulève principalement l'aspect de l'intrusion des professionnels effectuant des interventions à domicile où les usagers se sentent envahis par la visite régulière des intervenants à leur domicile. Du point de vue des personnes usagères, recevoir de l'aide à domicile signifie devoir accepter l'intrusion d'étrangers à leur domicile. Lors des entrevues qui ont été menées dans le cadre de l'étude de Twigg (1999), les réponses des usagers à ce sujet variaient selon leur sexe et leur classe sociale. Ainsi, les personnes issues de la classe plus aisée avaient moins tendance à se sentir envahies par la présence d'étrangers à domicile. Ces personnes avaient déjà engagé de l'aide domestique dans le passé. Le sens de l'intrusion était davantage exprimé par des femmes puisque les femmes s'identifient traditionnellement davantage au territoire du chez-soi que les hommes.

Sur une note plus positive, les résultats de l'étude de Twigg démontrent la possibilité de l'utilisateur de reprendre du pouvoir en ayant la possibilité d'exclure les professionnels de leur domicile si tel est leur désir; ils disposent également de la possibilité de refuser l'accès aux intervenants à certaines pièces de la maison (Twigg, 1999). Si ce pouvoir d'exclusion peut être perçu comme une difficulté pour la pratique professionnelle, cela a néanmoins l'avantage de favoriser la capacité d'autodétermination de la personne. Cette notion reviendra à plusieurs reprises dans notre rapport de recherche et peut s'appliquer de façon transversale à l'ensemble des programmes-clientèles à l'étude.

La prise en compte de ces enjeux importants que nous venons d'évoquer fait en sorte que l'arrivée d'un professionnel dans la sphère privée de l'utilisateur ne doit pas se faire « au hasard et sans précaution » (Gagnon et

Saillant, 2000 : 85). En effet, l'étude de Gagnon et Saillant, seule étude québécoise empirique portant sur la dispensation de services de soutien à domicile que nous avons été en mesure de recensée, nous a permis d'identifier bon nombre d'éléments facilitant pour la pratique professionnelle et non professionnelle à domicile que nous présenterons plus loin. Cette étude a été effectuée à la fois auprès de personnes en perte d'autonomie recevant des soins physiques à domicile et auprès de préposés non professionnels dispensateurs de soins à domicile. Ici encore, même si l'étude de Gagnon et Saillant ne traite pas spécifiquement de services psychosociaux dispensés à domicile, leur travail s'est avéré une référence privilégiée pour notre recherche. En effet, nous avons pu facilement transférer cette référence à notre sujet d'étude.

Nous avons également recensé une étude suédoise traitant des pratiques professionnelles à domicile et de ses impacts sur le besoin d'intimité de la personne. En effet, Taam (1999) fait état d'une étude qui a été effectuée en Suède ayant pour but d'étudier les services de réadaptation dispensés à domicile. Ce projet de recherche s'est échelonné sur deux ans auprès de 50 usagers, âgés de 65 ans et plus, et auprès de 75 professionnels répartis comme suit : 15 physiothérapeutes et 50 ergothérapeutes. Les usagers qui ont participé à ce projet de recherche avaient des diagnostics médicaux variés (maladies cardiaques, sclérose en plaques, arthrite rhumatoïde, cancer, etc.). Tous les usagers avaient en commun le fait de recevoir des services à domicile. Taam prend soin de nous rappeler la place prépondérante de l'aspect de l'intimité dans la culture suédoise. L'auteur mentionne que les familles suédoises sont plutôt refermées sur elles-mêmes et que le domicile n'est pas très ouvert aux visiteurs. Il va sans dire que l'arrivée de professionnels au domicile des personnes est perçue comme étant une intrusion plus ou moins grande de l'institution dans la sphère privée des usagers et de leurs proches.

Cette certaine intrusion de l'institution dans le chez-soi de l'individu et de la famille se fait non seulement par le va-et-vient constant d'intervenants

professionnels et non professionnels effectuant des visites à domicile, mais aussi par l'arrivée de nombre d'équipements spécialisés qui transforment le sens donné au chez-soi de l'individu et de la famille, notamment par le fait que le décor de la maison s'en trouve transformé. Taam nous rappelle l'existence d'un certain nombre de règles, de coutumes et de droits reliés au chez-soi, territoire primaire de l'individu, et qui protègent l'individu du monde extérieur et qui lui donnent l'opportunité de contrôler sa vie. En ce sens, l'arrivée de professionnels dans l'intimité des usagers demanderait à ces derniers un temps d'adaptation avant d'accepter aisément la venue des professionnels à leur domicile.

Ce phénomène d'institutionnalisation irait jusqu'à faire en sorte que le domicile cesserait d'être un chez-soi. C'est d'ailleurs ce que pose le titre de l'article de Taam « *What does a home mean and when does it cease to be a home? Home as a setting for rehabilitation and care* » (Taam, 1999). Par ailleurs, ce phénomène d'institutionnalisation du domicile a également été abordé par Milligan (2003). Tout comme la notion du pouvoir d'exclusion, le phénomène de l'institutionnalisation du domicile est central pour la présente étude et sera évoqué à maintes reprises dans ce rapport de recherche. Il s'agit du phénomène tout à fait intéressant sur lequel s'appuiera un certain nombre de nos résultats de recherche qui seront présentés ultérieurement. Cette notion de perte du chez-soi, ou plutôt du sentiment de perte du chez-soi, occasionnée par une organisation de services à domicile peu au fait de l'importance du chez-soi pour l'individu, a également été abordé par Heywood (2005). De plus, nous avons une petite étude qualitative effectuée par Gilroy (2005) auprès d'aînés en Angleterre, soit sept femmes et deux hommes. Cette étude en arrive à la même conclusion que les auteurs cités précédemment (Twigg, 1999; Taam, 1999; Heywood, 2005), à savoir que l'organisation actuelle des services résidentiels s'adressant aux personnes âgées (à domicile ou en hébergement) tient peu en considération l'importance du chez-soi pour ces individus.

En effet, Gilroy (2005) affirme qu'actuellement les conceptions actuelles des services résidentiels s'adressant aux personnes âgées en Grande-Bretagne séparent malheureusement le concept de la signification du chez-soi du concept de dispensation des soins aux aînés. À cet égard, l'auteure amène trois points principaux : premièrement, le fait que les personnes utilisent leur chez-soi pour structurer et gérer leur vie. Ainsi la qualité de leur chez-soi s'avère être un facteur critique pour déterminer ce qu'elles « sont et ce qu'elles font » (Sen, 1992 : 40, dans Gilroy, 2005). Les résultats de cette étude s'appuient sur la thèse centrale de Martha C. Nussbaum (2006, 2003) qui propose que les arrangements sociaux des personnes doivent être évalués en tenant compte de la liberté dont disposent les gens afin de promouvoir ou d'accomplir leur autonomie. Cet article explore donc le chez-soi des personnes âgées en Angleterre en utilisant comme cadre théorique l'approche par les capacités.

Les personnes âgées passent le plus clair de leur temps chez-soi en raison de leurs faibles revenus, leur mobilité réduite et de leur vie sociale plus restreinte. Ainsi, la signification du chez-soi, selon l'auteure, semble plus importante pour ces personnes âgées que pour les autres groupes d'âge. Deuxièmement, l'auteure affirme que les conceptions actuelles du domicile des personnes âgées séparent le concept du chez-soi du concept de soins dispensés aux personnes âgées. Ces concepts unifiés pourraient pourtant jouer un rôle dans la façon de penser le statut et la position des aînés aussi bien que les conditions matérielles dans lesquelles les personnes vivent (Laws, 1994 dans Gilroy, 2005).

Angus, Kontos, Dick et collaborateurs (2005) ont ainsi effectué une étude ethnographique auprès de personnes handicapées de l'Ontario recevant des services à domicile. De cette étude, trois principaux éléments culturels de la signification du chez-soi sont présents : l'esthétique, l'entretien ménager (ordre, propreté) ainsi que l'accessibilité et les limites physiques de l'environnement de la maison. Ces éléments sont l'objet d'une diversité de systèmes normatifs n'ayant pas tous la même reconnaissance sociale. Les

auteurs soulèvent des relations de pouvoirs existant entre les usagers et les intervenants en lien avec ces normes de propreté, d'esthétique de la maison et d'accessibilité physique, tant au niveau de l'évaluation des besoins qu'au niveau de la dispensation des services à domicile (Angus, Kontos, Dick et al., 2005).

Par ailleurs, Aronson (2002) démontre, dans le cadre d'une étude longitudinale d'une durée de trois ans visant à explorer l'expérience des femmes âgées recevant des soins à domicile auprès de femmes de 65 ans et plus en perte d'autonomie, que celles-ci ont, selon leur niveau de vulnérabilité sociale, une appropriation différente de leur espace domiciliaire. Parmi ces femmes aux prises avec des limitations fonctionnelles, on retrouve une catégorie d'usagères prises en charge par les services sociaux qui étaient en contrôle de la situation dans laquelle les auxiliaires de soins entraient dans leur intimité à domicile. Ces usagères se sont adaptées à leur situation et elles étaient capables de mettre elles-mêmes leurs limites avec les intervenants ou les auxiliaires de soins à domicile en plus de démontrer une bonne capacité à exprimer leurs besoins. Cette catégorie d'usagères ne veut pas que l'on voie leur fragilité, veut préserver leur image et leur réputation, a une grande désirabilité sociale. Par exemple, ces dernières feront le ménage elles-mêmes de la maison avant la visite de l'intervenant. De plus, afin de rester en contrôle avec la propreté de leur maison, leur apparence et leurs relations sociales, ces femmes demandent de l'aide d'autres personnes que les auxiliaires. Dans une deuxième catégorie présentée par l'auteure, on retrouve des usagères qui ont une plus grande vulnérabilité. Celles-ci manquent de contrôle sur leur environnement externe et sont incapables d'exprimer leurs besoins et leur détresse. Les personnes sont dépassées par le roulement des auxiliaires et le changement de personnel, en particulier pour les soins très intimes comme le bain. Elles vivent donc des expériences de soins dépersonnalisés et elles le ressentent comme un manque de respect envers elles. L'expérience de soins à domicile affecte toute la routine des personnes et change complètement leur vie. Les personnes sont gênées de leur image et

de l'apparence de leur maison. Finalement, dans le cadre d'une étude effectuée auprès de 1000 personnes âgées vivant en logement municipal en Grande-Bretagne, Wilcocks et coll. (1987) ont identifié le besoin explicite de ces personnes de clarifier la distinction entre les espaces publics et privés et, de maximiser les espaces privés défensifs s'est révélé primordial. Les personnes âgées peuvent ainsi avoir de l'autonomie (chauffage, ouverture des fenêtres) et s'en faire une base pour des échanges sociaux.

En somme, les études empiriques portant sur les services dispensés dans le champ des services à domicile se sont avérées une grande richesse d'information en regard de notre étude. Bien que les écrits recensés concernent davantage les soins physiques ainsi que les services à domicile, notre contribution constituera justement un apport important pour amener une vision davantage psychosociale pour la pratique en soutien à domicile.

3.1.3. Les résultats au secteur Enfance/Jeunesse/Famille

En ce qui concerne le secteur Famille, nous avons recensé très peu d'études empiriques sur les services psychosociaux dispensés à domicile, et ce, malgré la vieille tradition des visites à domicile dans la pratique famille (Allen et Tracy, 2004). Néanmoins, les quelques études recensées concernent le travail social scolaire dispensé à domicile pour aider les élèves en difficulté et leurs familles (Allen et Tracy, 2004), les programmes de préservation familiale (thérapie familiale) (Cortes, 2004; Fuller, 2004; Morris, 2003), les programmes de préservation familiale (Hanssen, 2004) ou encore d'intervention précoce afin de prévenir la négligence et les mauvais traitements (MacLeod, Nelson, Desmarais, 2002). Ce qui est frappant dans ces études est qu'aucune n'aborde les services dispensés à domicile sous l'angle de la signification du chez-soi. En ce sens, nous croyons que notre présente recherche empirique s'avère d'autant plus pertinente pour le renouvellement des pratiques dans le secteur famille.

Bien que l'étude d'Allen et Tracy (2004) ne fasse pas mention de la signification du chez-soi en tant que tel, les auteures abordent la question de l'intrusion des intervenants dans l'intimité des familles recevant des services psychosociaux à

domicile. En ce sens, le pouvoir souvent conféré au travailleur social, soit celui de retirer les enfants d'un milieu familial inadéquat représente une source d'intrusion dans l'intimité des familles. Malheureusement, cette perception des familles fait en sorte que les services à domicile sont perçus négativement par ceux-ci, et ce, malgré les nombreuses opportunités qu'offre la pratique à domicile.

3.1.4. Les résultats au secteur Santé mentale

Dans la littérature en santé mentale, la pratique à domicile est vue en grande partie à travers le prisme des infirmières. Ainsi, une vaste étude qualitative effectuée auprès de 600 infirmières (Magnusson et coll., 1999, 2002, 2003) a permis d'identifier plusieurs enjeux pour la pratique professionnelle à domicile. Cette étude traite des enjeux éthiques, moraux et relationnels à l'égard de la pratique à domicile (Magnusson et coll., 1999, 2003) en plus d'aborder la question de l'importance des supervisions cliniques pour les infirmières effectuant ce type de pratique (Magnusson et coll., 2002). Nous y reviendrons dans la section portant sur les enjeux pour la pratique professionnelle.

Néanmoins, nos propres travaux sur l'importance du chez-soi pour les personnes vivant un problème de santé mentale (Dorvil et coll., 2002) démontre l'importance pour les intervenants dispensant des services à domicile à ces personnes de tenir compte de la signification du chez-soi lorsqu'ils interviennent à domicile. Ceci s'inscrit dans toute une série de travaux qui ont démontré que les personnes avec des problèmes sévères de santé mentale aspiraient à vivre dans un logement autonome où ils pouvaient exercer leurs capacités d'autodétermination alors qu'en ressources d'hébergement cela était souvent impossible pour celles-ci (Kirkpatrick, Byrne, 2009; Agence la santé et des services sociaux de l'Estrie, 2008; Sylvestre et al., 2007).

3.2. Intervention à domicile et sécurité ontologique

En sus de classer les écrits en fonction des champs d'intervention à l'étude, nous avons également effectué un travail de classification de la littérature en fonction des quatre dimensions de la sécurité ontologique que nous avons présentés précédemment (Gurney, 1990; Heywood, 2005). Rappelons que ces quatre dimensions sont les suivantes : intimité, sécurité, appropriation, identification.

3.2.1. *L'intimité*

L'aspect de l'intimité s'avère être celui que l'on retrouve le plus fréquemment dans les écrits recensés. Pour nous, l'aspect de l'intimité associé au chez-soi réfère au chez-soi comme espace où l'individu trouve un équilibre entre les frontières de sa vie privée et de sa vie sociale et publique. L'aspect de l'intimité du chez-soi réfère également à une base où se forment les liens sociaux primaires de l'individu. L'intimité du chez-soi procure à l'individu le droit d'exclure ou d'inclure les personnes qu'il souhaite inviter ou partager sa vie.

À cet égard, nous avons évoqué dans la section précédente les travaux de (1999,2002) ainsi que ceux de Taam (1999) qui ont été réalisés dans le secteur du Soutien à domicile. Ces études nous révèlent deux enjeux majeurs en ce qui a trait à l'intimité et à l'intervention à domicile. Rappelons que le premier enjeu concerne le risque d'institutionnaliser le domicile (Taam, 1999). Lorsqu'une succession d'étrangers, tels que les intervenants, entrent et sortent quotidiennement du domicile, cela peut venir compromettre, bouleverser ou simplement modifier le rapport de l'individu à l'intimité de son chez-soi. L'analyse des écrits en regard de l'aspect de l'intimité met également au fait du caractère potentiellement intrusif de l'intervention à domicile, en particulier dans le secteur de la Santé mentale (Magnusson et coll., 1999) et dans le secteur Famille (Allen et Tracy, 2004), pouvant amener un sentiment de méfiance chez l'utilisateur envers les services offerts à domicile.

En regard de l'aspect de l'intrusion dans le domicile de l'utilisateur, Magnusson et coll. (1999) ont identifié des difficultés spécifiques quant à la pratique; une catégorie d'utilisateurs, souffrant de problèmes psychiatriques, peut être contrainte de

recevoir des services professionnels à domicile dans un contexte non volontaire. En ce sens, plusieurs stratégies doivent être utilisées par les professionnelles pour convaincre les usagers d'accepter d'ouvrir leur porte. La première stratégie identifiée par les auteures réside dans l'utilisation par les infirmières de leur autorité professionnelle. Or, un grand malaise semble être ressenti par les intervenantes quant à l'utilisation de cette stratégie puisque cette dernière peut aller à l'encontre du respect du droit à l'intimité. Par ailleurs, l'intrusion dans la sphère privée de l'utilisateur est vue par les infirmières ayant participé à ce *focus group* en terme de relation de pouvoir entre l'utilisateur et la professionnelle. Les résultats de l'étude de Magnusson et coll (1999; 2003) vont dans le même sens de celle de Twigg (1999), qui a été présentée précédemment. En effet, Magnusson et coll. (1999) parlent eux aussi de renversement de la relation de pouvoir, alors que l'utilisateur dispose constamment du pouvoir d'exclure le professionnel de son domicile.

Ces enjeux relationnels liés à l'intervention psychosociale à domicile ont donc trait spécifiquement à des dimensions de la sécurité ontologique, et plus particulièrement à l'aspect de l'intimité.

3.2.2. La sécurité

Le chez-soi est un lieu de refuge où l'individu peut se réfugier en toute sécurité. Le chez-soi constitue un refuge contre les dangers extérieurs (Mallet, 2004; Taam, 1999). De plus, il appert que le chez-soi est également considéré par l'individu tel un refuge contre les dangers extérieurs, « home as a heaven » (Mallet, 2004).

Le fait d'être victime d'abus ou de cambriolage à l'intérieur même de son chez-soi provoque un traumatisme qui vient transformer le rapport de l'habitant à son domicile, ce qui vient compromettre ce sentiment de sécurité (Sefarty-Garzon, 2003).

« abuse often happened initially in a trauma survivor's childhood home in the home of a trusted caregiver, thus the experience of 'home' and expectations for home life are forever colored by the abuse experience. » (Mueser et al, 1998 : 47).

Par le fait même, cela peut amener d'emblée une méfiance envers les étrangers pénétrant le chez-soi et une remise en question, pour l'habitant, de son hospitalité, notamment envers les intervenants qui pénètrent le chez-soi de la personne (Debout, 2002). Les personnes fragilisées sont particulièrement vulnérables à ces « épreuves de l'habiter », qui viennent bouleverser la conviction que « le for intérieur de l'habitant est protégé par le respect d'autrui à son égard » (Serfarty-Garzon, 2003). Pour Hulse et Saugeres (2008), l'absence d'une sécurité du moi dû à des expériences négatives subies dès leur enfance fait en sorte que ces personnes aspirent à une sécurité dans un chez-soi. L'analyse secondaire de données issues de deux recherches...

«...supportent l'idée de Giddens et d'autres chercheurs que le manque d'un chez-soi sécuritaire peut faire une différence dans le rétablissement d'un sentiment d'identité et d'estime de soi particulièrement quand le sentiment de sa place dans le monde a été difficile à atteindre et que l'estime de soi est faible depuis l'enfance.» (Hulse et Saugeres, 2008 : 13)

À cet égard, une recension des écrits de 18 recherches nord-américaines relève clairement que les personnes souffrant de troubles mentaux graves, particulièrement les femmes, ont été l'objet de sévices dans leur jeunesse et/ou sont vulnérables aux abus et aux sévices à leur domicile (Morin, Gosn, Dorvil, 2003). Lorsqu'une jeune fille ou une femme est agressée dans sa famille ou dans son chez-soi, son intégrité est menacée, et sa sécurité initiale se trouve transformée en une source d'insécurité constante. Un facteur contributif au refus des usagers face aux services qui leur sont proposés peut être la non-prise en compte par les professionnels d'un vécu de violence subi par ces personnes. La sécurité associée au chez-soi est « détruite par le traumatisme » lié à l'agression (Thomas et Dittmar, 1995).

Les écrits sur l'intervention à domicile traitent peu de cette dimension de la sécurité que le chez-soi peut apporter ou encore compromettre. Certains auteurs traitent de la sécurité des intervenants, qui se veut une préoccupation importante dans leurs pratiques d'intervention, notamment dans le champ de la santé mentale (Magnusson et coll., 2002; 2003). On y aborde toutefois peu la dimension de la prise en considération de la sécurité de l'utilisateur que peut lui procurer le domicile.

Ici encore, notre présente étude pourra contribuer à susciter la réflexion sur cette notion de sécurité et de sa prise en considération dans les pratiques professionnelles.

3.2.3. L'identification

Le chez-soi et ses micro-espaces en termes de source d'identité pour l'individu sont clairement identifiés dans les écrits. (Twigg, 1999; Angus et al, 2005; Imrie, 2004; Heywood, 2005; Mallet, 2004). En premier lieu, rappelons qu'Angus, Kontos, Dick et coll. (2005) mentionnent le fait que le déplacement des soins de santé et des services sociaux des institutions vers le domicile vient alors mettre en jeu les référents culturels et sociaux des usagers qui reçoivent des services dans leur chez-soi (Angus, Kontos, Dick et coll., 2005). Pour ces auteurs, rappelons que les trois principaux éléments identitaires et culturels du chez-soi se traduisent par l'esthétique des lieux, l'entretien ménager ainsi que l'accessibilité des lieux physiques. Contrairement à Angus, Dick et coll. (2005), nous classerons le thème de l'accessibilité des lieux physiques dans l'aspect de l'appropriation, en raison de la notion de contrôle qui y est sous-jacente.

Comme nous l'avons évoqué précédemment, la venue des intervenants à l'intérieur de la sphère privée de la personne constitue une intrusion dans l'intimité des usagers. Pour Twigg (2002), cela constitue non seulement une intrusion physique dans l'espace domiciliaire, mais également une intrusion dans le monde privé des valeurs, des idéologies et des structures temporelles. Si le chez-soi est une source d'identification pour chacun d'entre nous, cette identification est d'autant plus capitale pour les personnes âgées qui reçoivent des services de soutien à domicile. Il s'avère ainsi primordial pour les usagers de se sentir respectés dans leur monde privé.

Dans le champ de la santé mentale, l'identification au chez-soi semble d'autant plus importante compte tenu des bienfaits affectifs qui peuvent y être reliés (Yu-Chun et al., 2005 ; Morin, Dorvil, 2008). Une étude japonaise effectuée auprès de dix personnes souffrant de schizophrénie a démontré l'interrelation existante entre le chez-soi et les émotions de la personne. Le chez-soi contribuerait à fournir à la

personne vivant un problème de santé mentale un lieu d'amour et d'acceptation, « place of acceptance ». De cette étude, il ressort ici encore la non-prise en compte de la signification du chez-soi dans les interventions psychosociales auprès des personnes vivant des problèmes de santé mentale en négligeant, entre autres les effets des changements de domicile vécus par les personnes et de leurs effets sur les symptômes de la maladie (Yu-Chun et al., 2005).

Toujours dans le champ de la santé mentale, Magnusson et coll. (1999; 2003) mentionnent l'importance que l'intervenant qui visite la personne à son domicile doit être sensible au style de vie de celle-ci ainsi et doit aussi s'assurer de respecter l'intégrité de la personne.

Le domicile comme source d'identification personnelle (Heywood, 2005) est porteur de souvenirs qui apportent un sens et une expression de soi, telle la possession d'objets symboliques ou de reliques qui peuvent être si chers aux personnes âgées (Milligan, 2003, Gilroy, 2005). La décoration est également une source d'identification personnelle (Flamand, 2004; Heywood, 2005). Cette identité n'est pas que symbolique, elle a aussi des fonctions plus pratiques, voire utiles, en aidant à maintenir reliées entre elles les différentes composantes de sa propre vie. Milligan utilise ainsi la notion de « biographical connection » (Milligan, 2003).

Heywood (2005) souligne également l'importance du chez-soi en tant que source d'accomplissement et de développement, en particulier chez les jeunes enfants. Les écrits mentionnent également, à ce titre, que cette notion de chez-soi comme source d'identification est peu ou mal considérée par les professionnels lors de dispensation de services professionnels et paraprofessionnels à domicile, ainsi que dans les politiques et les programmes sociaux destinés à venir en aide aux populations vulnérables vivant à domicile (Milligan, 2003; Gilroy, 2005; Heywood, 2005; Yu-chun et al., 2005; Twigg, 1999; Angus et al., 2005; Imrie, 2004; Mallet, 2004).

3.2.4. L'appropriation de l'espace domiciliaire

L'aspect de l'appropriation de l'espace domiciliaire réfère à l'importance du besoin des personnes d'exercer un contrôle sur leur environnement, ce qui est d'autant plus vrai pour les personnes en perte d'autonomie ou ayant un handicap (Heywood, 2005; Aronson, 2002; Imrie, 2004; Twigg, 1999; Gilroy, 2005, Wilcocks et al., 1987). Aussi, plusieurs auteurs soulignent l'importance du respect de la volonté des usagers de décider eux-mêmes, par exemple, de la décoration de leur maison, du contrôle du chauffage, de l'ouverture des fenêtres, etc. Ce respect constitue une condition concrète d'autonomie et d'indépendance (Wilcocks et al., 1987; Twigg, 1999; Gilroy, 2005; Imrie, 2004), « home as a power base » (Wilcocks et al. 1987 : 7).

La question des adaptations architecturales peut s'entrevoir à travers ce besoin de tout individu de s'approprier son environnement (Heywood, 2005; Taam, 2003; Imrie, 2004; Twigg, 1999; Aronson, 2002). À ce titre, Heywood (2005) mentionne que le contrôle des usagers sur leur environnement domiciliaire s'inscrit dans les adaptations ergothérapeutiques qui tiennent compte véritablement des besoins de la personne en perte d'autonomie et de ses proches. Par exemple, l'adaptation de barres de sécurité dans la salle de bain permet à la personne en perte d'autonomie d'accomplir elle-même ses soins d'hygiène. De plus, Imrie (2004) a voulu démontrer que l'environnement physique et les adaptations de la maison ont un lien direct avec la qualité de vie de la personne handicapée et modifie la signification du chez-soi. Il ressort ici encore dans les écrits que ce besoin d'appropriation et de contrôle de la personne sur son environnement est peu pris en considération dans les politiques, les programmes et les pratiques d'intervention à domicile (Heywood, 2005; Aronson, 2002; Imrie, 2004; Twigg, 1999; Gilroy, 2005; Wilcocks et al., 1987).

Par ailleurs, pour Magnusson et coll. (2002; 2003), le respect de la volonté de la personne usagère à conserver contrôle et pouvoir sur son environnement et à s'approprier de son espace domiciliaire apparaît en tant que dilemme éthique pour la pratique professionnelle. Les auteures soulignent ainsi le dilemme éthique des intervenants opposant le respect de l'autonomie et de l'autodétermination de la

personne et le devoir de l'intervenant de protéger la personne dans certaines situations critiques. Magnusson et coll. (2002; 2003) soulèvent par ailleurs l'importance de l'empathie pour ressentir la vulnérabilité de l'utilisateur souffrant de problèmes de santé mentale et qui se voient dans l'obligation d'accepter la visite d'intervenants à domicile. En ce sens, l'utilisation de mesures coercitives pouvant éveiller des souffrances passées de la personne est à éviter dans la pratique professionnelle auprès de personnes vivant un problème de santé mentale (Magnusson et coll., 2003). Elles soulignent que les interventions s'effectuant au chez-soi de l'utilisateur doivent se faire dans le respect des droits de la personne et de son auto-détermination.

3.2.5. Enjeux de l'intervention à domicile pour la pratique professionnelle

Le dernier axe d'analyse de notre recension des écrits concerne les enjeux pour la pratique professionnelle. Découle de cette analyse, plusieurs enjeux pour la pratique pouvant être transversaux à l'ensemble des secteurs d'interventions à l'étude. En ce sens, Magnusson et coll. (2002; 2003) classent les enjeux de l'intervention à domicile en trois grandes catégories : les enjeux cliniques, les enjeux relationnels et enfin, les enjeux éthiques. Au plan relationnel, Magnusson et coll. (2003) mentionnent que l'intervention à domicile suscite un nouveau mode de relation s'instaurant entre l'intervenant et l'utilisateur. Magnusson et coll. (2003) mentionnent qu'à la différence de l'intervention se faisant à l'intérieur d'un cadre institutionnel, où l'établissement de la relation thérapeutique est uniquement vu sous l'angle de la coopération du patient à ses traitements psychiatriques, la confiance qui doit s'installer dans le cadre d'intervention à domicile se veut davantage multidimensionnelle et elle apparaît comme étant beaucoup plus complexe.

En ce qui concerne l'établissement des frontières professionnelles, les résultats des *focus groups* mené par Magnusson et coll. (1999; 2003) soulèvent des difficultés tant à la conception de la nature de la relation qui doit s'établir entre l'utilisateur et la professionnelle qui le visite à son chez-soi. L'utilisateur, et même parfois l'intervenante, a tendance à voir leur relation comme en étant une d'amitié. Or, le rôle professionnel de l'intervenante ne doit pas être perdu de vue, et ce, pour des

raisons éthiques évidentes. À cet égard, les propos de Paul Sivadon, l'un des rares psychiatres à s'être intéressé à la proxémique, définit comme « ...l'étude des rapports de proximité et de distance entre l'individu et ce qui l'entoure » (1983 : 137), nous semblent pertinents : « Entre la solitude extrême et la stimulation sociale incontrôlée, le logement joue un rôle d'un milieu intermédiaire, d'un sas auquel peuvent être dosées les rencontres. Il doit permettre sinon la solitude, au moins l'intimité (1993 : 153). »

En ce sens, les écrits soulignent que si l'établissement d'une relation de confiance mutuelle entre la personne usagère et l'intervenante est essentielle pour la création d'un espace de négociation dans un contexte d'intervention à domicile, cela pose un enjeu au plan de la proximité et de la distance professionnelle (Gagnon et Saillant, 2000; Soulet, 1997; Breviglieri, 2005; Crevier, 2009). En ce sens, alors que l'intervention effectuée dans un cadre institutionnel privilégie une relation de « proximité à distance » entre l'utilisateur et l'intervenant, les services psychosociaux dispensés à domicile doivent être en mesure d'avoir « une distance à proximité » (Gagnon et Saillant, 2000 : 121). Dans un tel contexte plus familial, les intervenants doivent mettre en oeuvre de nouvelles compétences professionnelles s'appuyant sur les savoirs du proche (Weller, 2002; Soulet, 1997; Breviglieri, 2005; Gagnon et Saillant, 2000; Crevier, 2009).

Au plan moral et éthique, l'intervenant qui visite la personne à son domicile doit être sensible au style de vie de celle-ci en s'assurant d'adopter une attitude favorisant l'intégrité de la personne et en évitant d'être trop intrusif (Magnusson et coll., 1999; 2003). 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 potentiellement dangereuses, en particulier dans la pratique en Santé mentale (Magnusson et coll., 1999; 2003). Dans le secteur de la Famille, l'enjeu éthique de la dénonciation des situations d'abus et de maltraitance envers les enfants est également posé en tant qu'enjeu éthique (Allen et Tracy, 2004).

Bien que la pratique de l'intervention psychosociale à domicile offre plusieurs opportunités sur le plan clinique, notamment en offrant de meilleures possibilités d'évaluation des besoins biopsychosociaux de la personne (Magnusson et coll., 2002; 2003), les auteures soulignent l'importance pour les intervenants de bénéficier de supervisions cliniques en raison justement de la délicatesse avec laquelle l'arrivée du professionnel dans la sphère privée de l'utilisateur. Les supervisions cliniques offrent aux intervenants la possibilité d'exprimer leur sentiment d'être un intrus dans l'espace privé de la personne usagère (Magnusson et coll., 2002; 2003).

L'enjeu de la sécurité et de l'intégrité de l'intervenant pouvant être potentiellement compromis lors de visites à domicile ressort également des écrits (Magnusson et coll. 2003; Allen et Tracy, 2004), et ce, en particulier dans le secteur de la pratique en santé mentale et en Enfance/Jeunesse/Famille.

Somme toute, notre analyse de la recension exhaustive des écrits a permis premièrement d'identifier que la littérature empirique sur la pratique à domicile se concentrait majoritairement autour de la clientèle des personnes âgées ou handicapées, soit les principales clientèles du secteur Soutien à domicile. Si les écrits sur la pratique à domicile en Santé mentale se centrent pour beaucoup sur les enjeux pour la pratique professionnelle, nos propres travaux (Morin et Dorvil, 2008) ont déjà identifié l'importance d'être au fait de la signification du chez-soi des personnes vivant un problème de santé mentale lors d'interventions psychosociales à domicile.

Ce chapitre a aussi clarifié notre cadre conceptuel et théorique sur la base duquel nous avons présenté notre recension des écrits. Une recension qui a clairement démontré la pertinence des quatre dimensions de la sécurité ontologique retenue pour l'analyse des données issues de la partie empirique de la recherche. À ce titre, les résultats de notre recension des écrits nous démontrent que si les aspects inhérents à la dimension de l'intimité, de l'identification et de l'appropriation semblent susciter une réflexion pour l'intervention professionnelle et paraprofessionnelle à domicile, le chez-soi en tant que source de sécurité et de refuge, de même que son pendant que représente l'insécurité, est peu considéré

dans le cadre de visites à domicile. Le prochain chapitre se consacrera à une présentation détaillée de notre méthodologie.

Chapitre 4
MÉTHODOLOGIE

Chapitre 4

Comme nous l'avons mentionné, ce chapitre se consacre à une description détaillée de notre démarche méthodologique de recherche. En premier lieu, nous présentons notre devis de recherche ainsi que nos considérations épistémologiques. Ensuite, une description théorique et empirique de notre échantillonnage sera élaborée. Nous ferons également part de nos stratégies de recrutement et des différentes étapes inhérentes à la réalisation de nos entrevues de recherche, de même que les considérations éthiques qui nous importaient de respecter. Enfin, nous rendrons compte de nos différentes stratégies d'analyse thématiques des entrevues.

4.1. Devis de recherche et considérations épistémologiques

Étant donné l'état actuel des connaissances, nos objectifs et nos questions de recherche, ainsi que les particularités de l'objet d'étude, une méthodologie qualitative a été privilégiée. Compte tenu de la dimension sociologique et phénoménologique de la signification du chez-soi, c'est-à-dire la centralité de l'expérience vécue par les participants, la méthodologie qualitative a été privilégiée. Comme le soulignent Mayer et coll., « la principale caractéristique de l'approche qualitative est de privilégier le point de vue des acteurs sociaux dans l'appréhension des réalités sociales » (2000 : 160). Nous croyons que la perspective qualitative constitue l'approche la plus appropriée pour l'étude d'une réalité sociale, telle que l'intervention psychosociale à domicile. Cette méthode se veut tout indiquée afin de mettre en valeur la construction sociale de l'expérience vécue par les intervenants dans le cadre de leur pratique à domicile, et des usagers recevant ce type de services, et ce, en regard de la signification du chez-soi.

4.2. Échantillonnage

Dans cette sous-section, nous vous présentons une description de l'échantillon retenue pour notre étude. Afin de répondre à nos questionnements empiriques et théoriques en regard de l'intervention psychosociale à domicile vue sous l'angle de la signification du chez-soi, notre échantillon a visé une variété de participants. Premièrement, nous avons voulu recueillir le point de vue des deux parties afin de bien cerner l'expérience de la pratique à domicile, d'une part, et l'expérience de recevoir des services à domicile, d'autre part. C'est pourquoi notre échantillon se compose à la fois d'intervenants et d'usagers, ce qui nous a permis par la suite de confronter les deux points de vue. Nous avons également cherché à ce

que notre échantillon comporte une diversité représentant les trois programmes à l'étude : Soutien à domicile, Enfance/Jeunesse/Famille et Santé mentale. Nous avons également cherché à ce que cette diversité représente bien les deux sites de pratiques à l'étude, soit celui de la région de Montréal ainsi que celui de la région de Sherbrooke.

Ainsi, en se basant sur les stratégies d'échantillonnage proposées par Quinn Patton (2002), on peut affirmer que notre échantillonnage est de type *Purposeful sampling*, en ce sens que l'on veut effectuer une sélection stratégique des participants en ayant le plus de variation possible dans notre échantillon, tant en ce qui concerne la sélection des intervenants que la sélection des usagers. Comme l'ont mentionné Morin et coll. (2003), ainsi que Charpentier et coll. (2006),

« L'échantillon se fait en fonction de variables qui vont permettre de rendre compte de divers types sociologiques. Ces variables sont donc définies en fonction de la problématique, de la littérature [...] et de la connaissance préalable du terrain, de façon à agrandir la présence de contrastes et de riches comparaisons. » (Morin et coll, 2003 : 41, Charpentier et coll., 2006 : 44)

À ce titre, notre échantillonnage visait un objectif de diversité chez les usagers en termes de : 1) type de programme; 2) milieu de vie (locataires - marché privé, logement social -, propriétaires); 3) genre; 4) nombre d'années dans le programme et 5) diversité de besoins. Quant aux intervenants, notre échantillonnage visait également un objectif de diversité, cette fois en termes de : 1) type de programme; 2) profession; 3) nombre d'années d'expérience ; 4) genre; 5) type de milieu d'intervention et 6) contexte de l'intervention.

4.2.1. Description de l'échantillon

Des entrevues semi-dirigées (N=40) ont été réalisées auprès de 18 usagers et 22 intervenants répartis dans trois programmes, soit Soutien à domicile, Enfance/Jeunesse/Famille et Santé mentale. Notre recherche s'est déroulée sur le territoire du Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (Estrie) et du CSSS du Sud-Ouest – Verdun. À cet égard, on pourrait qualifier la structure de notre échantillon comme étant conventionnelle ou « close », puisque notre étude s'effectuera auprès d'un échantillon opérationnel

(certains intervenants et certains usagers) issu de deux univers de travail particulier (le CSSS-IUGS et le CSSS du Sud-Ouest – Verdun (Pirès, 1997).

Dans la sous-section qui suit, nous présentons nos deux sous-échantillons, soit l'échantillon issu de la région de Montréal et celle issu de la région de Sherbrooke. Pour chaque région, nous présenterons ce même échantillon en fonction des deux types de participants, soit les intervenants, d'une part, et les usagers, d'autre part.

4.2.2. Description de l'échantillon composé d'intervenants de Montréal et de Sherbrooke

Dans l'ensemble, 22 intervenants ont accepté de participer à notre étude et sont répartis également entre le site de Montréal (n=11) et de Sherbrooke (n=11). Par exemple, nous retrouvons dans notre échantillon des agents de liaison et des agents de relations humaines. L'échantillon d'ensemble est composé de neuf hommes et treize femmes. Certains de ces intervenants possédaient plusieurs années d'expérience de pratique en intervention sociale, tandis que d'autres étaient plutôt nouveaux dans la profession. La répartition de l'échantillonnage est également représentative des trois programmes-clientèles à l'étude. La variété quant au programme-clientèle d'appartenance de chacun des intervenants participants est particulièrement intéressante en ce qui a trait au regard que l'on peut poser quant à la diversité des pratiques d'intervention qui peuvent s'effectuer à domicile et qui amènent des enjeux variés pour l'intervention à domicile. Par exemple, dépendamment de leur secteur d'appartenance, les intervenants sont appelés à fournir des services de coordination de services (gestion de cas en Soutien à domicile), à dispenser des suivis d'intensité variable (en Santé mentale) ou encore des services de support aux jeunes parents (en Enfance/Jeunesse/Famille).

On retrouve en annexes les tableaux I et II qui offrent une description détaillée de notre échantillon d'intervenants. Au regard de ces tableaux, nous pouvons remarquer que les professionnels capitalisent davantage d'expériences de pratique générale en intervention sociale alors que la pratique à domicile était plus récente pour eux en terme d'années d'expérience.

4.2.2.1. *Description de l'échantillon composé de personnes usagères de Montréal et de Sherbrooke*

Dans l'ensemble, 18 personnes usagères de services à domicile ont accepté de prendre part à notre étude (n=18); neuf d'entre elles proviennent de la région de Montréal et les dix autres sont issues de la région de Sherbrooke. L'échantillon d'ensemble est composé de onze femmes et de sept hommes. La majorité des usagers provient des secteurs Soutien à domicile (n=8) et Enfance/Jeunesse/Famille (n=7). Dans la région de Sherbrooke, un seul usager a pu être recruté au secteur tandis qu'à Montréal on retrouve deux personnes recevant des services du secteur Santé mentale.

Il importe également de porter attention à notre échantillon en terme de milieu de vie et de type d'habitation, qui constitue un élément clé de notre analyse en ce qui a trait à notre réflexion quant à la signification du chez-soi de son concept sous-jacent, soit la sécurité ontologique. En ce sens, nous pouvons mentionner que la plupart des usagers que nous avons rencontrés étaient locataires d'un loyer géré par le marché privé (n=11). Les autres participants (n=4) vivaient dans des habitations à but non lucratif (soit dans une habitation à loyer modique ou encore une coopérative d'habitation à but non lucratif). Il est aussi intéressant de constater qu'une seule personne était propriétaire de son habitation.

La nature des besoins et des services reçus par les usagers participants était tout aussi diversifiée. La plupart des usagers participants recevaient uniquement des services psychosociaux à domicile. D'autres usagers, essentiellement issus du programme de Soutien à domicile, recevaient des services d'aide à la personne (hygiène personnelle, aide au lever, aide au coucher, etc.) ou encore des services d'aide domestique (entretien ménager, aide pour la préparation de repas, etc.). Ce type de participant nous a permis d'approfondir les phénomènes d'intrusion de l'institution dans la sphère privée de la personne, tel que nous l'avons décrit dans la partie de ce rapport portant sur la problématique et la recension des écrits. Par ailleurs, une entrevue a été réalisée à Montréal avec un usager qui ne

recevait pas de services psychosociaux à domicile, mais qui a été tout de même retenu en raison de sa richesse quant à la compréhension de la signification du chez-soi pour les clientèles vulnérables. Les tableaux III et IV, que l'on retrouve en annexes, offrent une description plus détaillée de l'échantillon composé de personnes usagères de Montréal et de Sherbrooke.

4.3. Stratégies de recrutement

Deux stratégies différentes ont été utilisées pour recruter les participants : une pour les intervenants et une pour les usagers. Les deux prochaines sous-sections réfèrent à ces deux stratégies de recrutement.

4.3.1. Stratégies de recrutement des intervenants et des usagers de Sherbrooke

Dans un premier temps, nous avons présenté le projet de recherche aux équipes des différents programmes-clientèles. À Sherbrooke, nous avons été appuyés par une professionnelle de recherche du centre affilié universitaire du CSSS-IUG de Sherbrooke qui a pris contact avec les chefs de programme de chaque secteur pour planifier ces rencontres. En novembre et en décembre 2006, nous avons eu trois rencontres avec les différentes équipes du CSSS-IUGS. À l'occasion de ces rencontres, ces chefs de programmes avaient déjà en main un texte sommaire retraçant les grandes lignes du projet de recherche.

Lors de ces rencontres, une personne répondante (ordinairement le ou la chef de programme) a été désignée en tant qu'agent de liaison entre l'équipe de recherche et les intervenants participants. En janvier 2007, nous avons relancé les trois personnes-ressources désignées. Par la suite, ces personnes répondantes nous ont référé quatre intervenants par secteurs, pour un total de 12, potentiellement intéressés à prendre part à une entrevue de recherche. Enfin, nous avons pris contact avec ces intervenants pour s'enquérir de leur intérêt à participer au projet et pour prendre rendez-vous. En ce qui concerne le recrutement des personnes usagères de Sherbrooke, ce sont les intervenants qui ont été mis à contribution. En effet, la personne répondante de chaque secteur a demandé à deux intervenants par programmes d'identifier chacun dix dossiers (n=30) correspondant aux critères de

sélection suivants :1) être âgé de 18 ans et être apte à consentir; 2) milieu de vie (locataire/propriétaire); 3) genre; 4) nombre d'années dans le programme et 5) diversité de besoins.

Par la suite, le chercheur principal, en collaboration avec les secteurs concernés, a choisi dix personnes réparties dans les trois programmes et en ont fait part aux intervenants attirés. Ces derniers ont alors communiqué avec les personnes pour vérifier si ces dernières manifestaient un intérêt pour la recherche. Une fois que la personne a manifesté un intérêt initial envers la recherche, l'intervenant communiquait alors, à l'assistante de recherche, le nom et les coordonnées de la personne.

4.3.2. Stratégies de recrutement des intervenants et des usagers de Montréal

Au début de l'automne 2006, le chercheur principal a pris contact avec la direction des services professionnels du CSSS du Sud-Ouest – Verdun pour demander sa collaboration dans la tenue de notre recherche. En novembre 2006, le co-chercheur responsable du site de la région de Montréal a présenté l'essence du projet à tous les chefs de division de services à la communauté et leur remettait le sommaire du projet de recherche. Après avoir répondu aux interrogations, le projet reçu l'assentiment enthousiaste de tous les participants qui nous ont promis leur collaboration.

Par la suite, le co-chercheur responsable du site de Montréal a rencontré les trois équipes d'intervention en février 2006 : services dans la communauté/personnes âgées, Enfance-Jeunesse/Famille et Santé mentale. L'objectif de ces rencontres était de discuter de la liste des intervenants et des personnes usagères de services qui seraient intéressés à participer à la réalisation du projet de recherche. À partir de cette double liste, celle des intervenants (n=15) et celle des personnes usagères (n=20), il fallait tirer un échantillon de personnes à interviewer en fonction de nos critères de sélection que nous avons présentés précédemment.

Finalement, en ce qui concerne la sélection des personnes usagères de la région de Montréal, le recrutement n'a pu se faire par l'entremise des intervenants, comme cela a été le cas à Sherbrooke, en raison de restrictions éthiques de la part du

CSSS du Sud-Ouest – Verdun. Le recrutement des usagers de Montréal s'est avéré assez complexe dû à un malentendu initial entre l'établissement et l'équipe de recherche. En novembre 2007, les archives du CSSS du Sud-Ouest – Verdun a fourni une liste d'usagers, avec leurs coordonnées, à la professionnelle de recherche attitrée à la région de Montréal. L'établissement a alors convenu que la professionnelle de recherche fasse le recrutement des usagers dans un bureau au CLSC. La professionnelle de recherche a ainsi contacté les participants potentiels et leur a fixé un rendez-vous.

4.4. Réalisation des entrevues

4.4.1. L'entrevue semi-dirigée

Une fois que le recrutement des participants a été effectué, nous avons procédé à la réalisation d'entrevues semi-dirigées, un type d'entrevues tout indiqué afin de recueillir les informations souhaitées.

L'entrevue semi-dirigée consiste en une interaction verbale animée de façon souple par le chercheur. Celui-ci se laissera guider par le rythme et le contenu unique de l'échange dans le but d'aborder, sur un mode qui ressemble à celui de la conversation, les thèmes généraux qu'il souhaite explorer avec le participant à la recherche. Grâce à cette interaction, une compréhension riche du phénomène à l'étude sera construite conjointement avec l'interviewé (Savoie-Zajc, 2003 : 292).

Cette méthode d'entrevue nous a permis de rendre explicite le sens de la perspective de l'autre (Savoie-Zajc, 2003; Crevier, 2009). Étant donné le caractère subjectif que représente la construction sociale du concept de l'intervention psychosociale à domicile en regard de la sécurité ontologique, la richesse et la profondeur de l'information qui était à recueillir nous a semblé des éléments primordiaux. « Un chercheur privilégie l'entrevue semi-dirigée, car il choisit d'entrer en contact direct et personnel avec un interlocuteur pour l'obtention de données de recherche » (Savoie-Zjac, 2003 : 299). En recherche qualitative, l'entrevue semi-dirigée s'inscrit dans une perspective interprétative et constructiviste (Savoie-Zjac, 2003; Crevier, 2009).

4.4.2. Période de réalisation des entrevues

Dans un premier temps, nous avons procédé à la réalisation des entrevues avec les intervenants. À Sherbrooke, les entrevues avec les intervenants se sont tenues dans la période s'étalant de février à mai 2007, alors qu'une dernière entrevue a été réalisée en janvier 2008. L'ensemble de ces entrevues a été conduit en français. Dans la région de Montréal, la période de réalisation des entrevues avec les intervenants s'est étalée d'avril à août 2007. Ces entrevues ont duré entre 58 et 138 minutes. L'ensemble des entrevues a été réalisé sur le lieu de travail des professionnels. Une entrevue a été conduite en anglais, puisque cela constituait la langue maternelle de l'intervenante, tandis que les autres entrevues ont été conduites en français.

En ce qui concerne le site de Sherbrooke, la professionnelle de recherche attitrée a réalisé la vaste majorité des entrevues avec les intervenants en compagnie du chercheur principal. Quelques entrevues ont été réalisées en compagnie d'une co-chercheuse, tandis que la professionnelle a réalisé toute seule une entrevue. Pour ce qui est des entrevues effectuées auprès des intervenants de Montréal, la professionnelle de recherche attitrée a réalisé une entrevue en compagnie d'un co-chercheur. Les autres entrevues ont été réalisées seulement par la professionnelle de recherche.

Dans un deuxième temps, nous avons procédé à la réalisation des entrevues avec les usagers. En ce qui concerne le site de Sherbrooke, la période de réalisation des entrevues avec les usagers s'est étalée de juin à septembre 2007. Une entrevue a été réalisée par la professionnelle de recherche attitrée au site de Sherbrooke, tandis que les autres entrevues ont été réalisées seulement par la professionnelle de recherche. La durée approximative des entrevues varie entre 60 et 130 minutes. L'ensemble de ces entrevues a été conduit en français.

En ce qui concerne la région de Montréal, les entrevues avec les usagers ont eu lieu d'octobre 2007 à janvier 2008. L'ensemble des entrevues a été effectué par la professionnelle de recherche attitrée au site de Montréal, et ce, au domicile des participants. La durée des entrevues a varié de 63 à 136 minutes. Trois entrevues

réalisées ont dû être exclues parce que les participants ne répondaient pas aux critères de sélection. Deux entrevues ont été conduites en anglais, la langue maternelle de ces deux participants. Les autres entrevues ont été conduites en français. Une rémunération de 20.00 \$ était offerte aux usagers qui acceptaient de prendre part à une entrevue de recherche, et ce, tant à Sherbrooke qu'à Montréal. Les usagers nous signaient un reçu à cet effet.

4.4.3. Réalisation des groupes de discussion

Aux termes de la collecte de données et de la codification des entrevues de recherche, nous avons procédé à la réalisation de deux groupes de discussion avec les intervenants sociaux, soit un groupe d'intervenants de Sherbrooke ainsi qu'un autre groupe de Montréal. Le groupe de discussion de Sherbrooke a eu lieu en mars 2008 dans les locaux du Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke. Cette entrevue de groupe a été d'une durée de 120 minutes. Quant au site de Montréal, l'entrevue de groupe a eu lieu en mai 2008 et a été également d'une durée de 120 minutes et s'est tenu CSSS du Sud-Ouest – Verdun. Tous les intervenants ayant pris part à une entrevue individuelle et qui avaient accepté d'être recontactés lors de la signature du formulaire de consentement (voir section considérations éthiques) étaient invités à participer à cette entrevue de groupe.

En ce qui concerne l'entrevue de groupe de Sherbrooke, cinq intervenants (n=5) ayant déjà pris part à une entrevue individuelle ont accepté de participer à l'entrevue de groupe. La provenance des intervenants étaient la suivante : deux provenaient du secteur Santé mentale (n=2), deux provenaient du secteur Soutien à domicile (n=2) tandis qu'un autre intervenant provenait du secteur Enfance/Jeunesse/Famille. Le groupe se composait deux hommes (n=2) et de trois femmes (n=3). L'entrevue de groupe a été dirigée par la professionnelle de recherche attirée au site de Sherbrooke et par une co-chercheuse. Pour ce qui est de l'entrevue de groupe de Montréal, huit intervenants (n=8) ont accepté de participer à l'entrevue de groupe. La provenance de ces intervenants était la suivante : six intervenants provenaient du secteur Soutien à domicile (n=6) et deux intervenants provenaient du secteur Enfance/Jeunesse/Famille. Malheureusement,

aucun intervenant du secteur Santé mentale n'a pu participer à cette entrevue de groupe. Le groupe se composait de cinq femmes (n=5) et de trois hommes (n=3). L'entrevue a été dirigée par la professionnelle de recherche responsable du site de Montréal et du co-chercheur responsable du site de Montréal.

L'objectif de la tenue de ces groupes de discussion était de valider ou d'approfondir certains thèmes abordés par les intervenants lors des entrevues individuelles et étant clairement ressortis lors de notre analyse thématique. Ces thèmes étaient amenés sous forme de vignettes rédigées afin de susciter la discussion (voir annexe VI). Chacune des quatre vignettes mettant en scène une situation d'intervention à domicile en présentant des enjeux spécifiques ayant déjà été amenés par les intervenants et les usagers dans les entrevues individuelles.

Les groupes de discussion avec les usagers de Sherbrooke et de Montréal n'ont pu être réalisés. En effet, l'équipe de recherche a estimé que la mobilité réduite de plusieurs personnes rendait difficile leur participation à un groupe de discussion à l'extérieur du domicile.

4.4.4. Considérations éthiques

Deux formulaires de consentement ont été rédigés pour la réalisation de cette recherche; l'un s'adressant aux personnes usagères et l'autre s'adressant aux intervenants sociaux issus des trois programmes-clientèles ayant accepté de prendre part à nos entrevues de recherche. Le lecteur pourra trouver en annexe ces deux formulaires de consentement. Notons que ces formulaires de consentement ont été approuvés par les deux établissements dans lesquels s'est déroulée la recherche, soit le Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke ainsi que le Centre de santé et de services sociaux du Sud-Ouest – Verdun. Le chercheur principal du projet de recherche a également obtenu le certificat d'éthique de l'Université de Sherbrooke.

Avant chaque entrevue, le formulaire de consentement a été présenté au participant qui a pu le signer librement. Le formulaire de consentement, en s'inspirant des règles énoncées par Quinn Patton, précise les buts de l'étude, les modalités d'utilisation et de diffusion de l'information, les règles qui encadrent la

confidentialité, les risques et les inconvénients qui peuvent résulter de la participation à la recherche, les conditions de retrait ainsi que les règles de réciprocité (2002 : 408). En ce qui concerne plus précisément le formulaire de consentement s'adressant aux intervenants, il y est précisé que le choix du lieu de l'entrevue est à la discrétion de l'intervenant et que ce dernier dispose du libre choix de nous rencontrer soit à son bureau ou bien à un autre endroit. Pour ce qui est du formulaire de consentement s'adressant aux personnes usagères, celui-ci précise ici encore le libre choix de la personne en ce qui concerne le lieu de déroulement de l'entrevue.

Des mesures strictes ont été prises afin d'assurer la confidentialité. Les enregistrements audio ont été conservés dans un endroit sous clé, tandis que les renseignements nominaux étaient classés dans des dossiers et rangés sous clé dans les filières des professionnelles de recherche ou du chercheur principal.

4.5. Stratégies d'analyse thématique

L'analyse des données recueillies s'est effectuée par le biais d'une analyse thématique, suivant les principes énoncés par Huberman et Miles (Milles, 1984). L'analyse thématique consiste à se demander « de quoi parle-t-on dans notre entrevue? », « quels sont les thèmes qui y sont abordés? ». Cette méthode a donc pour but le repérage systématique des thèmes pour en faire une analyse en répertoriant et en synthétisant les thèmes d'un corpus (Paillé et Mucchielli, 2005). Cette démarche d'analyse thématique nous a permis d'enrichir notre cadre théorique en regard des quatre dimensions de la sécurité ontologique. Voici les principales étapes de sa réalisation.

4.5.1. La transcription

Avant même l'analyse, les entrevues réalisées ont été retranscrites le plus fidèlement possible, notamment en tentant de donner le plus de renseignements possible sur le contexte interactif comme, par exemple, les rires, les silences, etc. (Crevier, 2009). La transcription des entrevues a été réalisée par les deux professionnelles de recherche et par des contractuels.

4.5.2. La lecture et la relecture

Par la suite, nous avons effectué une préanalyse des entrevues en lisant attentivement chacun des *verbatim*. Pour l'Écuyer (1987; dans Mayer et coll., 2000), la préanalyse consiste à rassembler le matériel à analyser et à procéder à plusieurs lectures, c'est-à-dire effectuer une lecture dite « flottante » (Bardin, 1986 : 126, dans Mayer et coll., 2000). La lecture flottante permet à l'analyste d'accroître son intelligibilité de l'ensemble des discours à l'étude et donc de réaliser une analyse systématique plus efficace et plus pertinente. De manière plus spécifique, elle permet d'accroître la confiance dans l'arbre de codification et éventuellement de l'ajuster (Crevier, 2009).

4.5.3. Élaboration d'un arbre de codification préliminaire

Dans un premier temps, nous avons effectué un arbre de codification préliminaire. Cet arbre a été élaboré à partir de concepts clés issus de la littérature. En ce sens, nous avons chevauché entre une démarche déductive, c'est-à-dire par une délimitation de thèmes préétablis, et une démarche inductive, c'est-à-dire par la reconstruction de thèmes émergeant à la lecture des *verbatim* (Chevrier, 2003; Paillé et Mucchielli, 2005; Crevier, 2009). Notre arbre de codification préliminaire comprenait deux principaux thèmes. Un premier thème portait autour du concept du chez-soi et de la sécurité ontologique, tandis qu'un deuxième thème portait sur les services psychosociaux dispensés à domicile ainsi que ses principaux enjeux (voir annexe V).

4.5.4. La codification

Une fois que nous nous sommes bien imprégnés du matériel, nous avons été en mesure de débiter sa codification systématique. Dans un premier temps, nous avons exporté les *verbatim* vers le logiciel informatique NVivo, version 7. Ce logiciel fait partie de la famille des CAQDAS (*computer-assisted qualitative data analysis software*, Lee et Esterhuizen, 2000). La phase de codification consiste en une transformation des données brutes par différentes opérations de codage, décompte ou énumération. « La méthode traditionnelle consiste à découper le contenu et à le regrouper sous des thèmes, puis des catégories et des sous-

catégories » (Mayer et coll., 2000 : 165) pour ensuite dégager des unités de base, ce que Rongère appelle une unité de sens (1979, dans Mayer et coll. 2000). Une unité de sens représente « un élément d'information ayant un sens complet en lui-même » (Mayer et coll., 2000 : 165). Pour la réalisation de notre mémoire, notre travail de codification s'est effectué à partir de tout ce qui a été abordé dans les entrevues en ce qui concerne la relation d'aide entre l'utilisateur et l'intervenant dans un contexte d'intervention à domicile et les différents facteurs qui y participent. L'unité d'analyse choisie était la phrase. Le début du travail de codification s'est effectué à partir de notre arbre de codage préliminaire qui s'est bonifié et redéfini tout au long de notre démarche.

4.5.5. La catégorisation

Nous avons ensuite défini différentes catégories d'analyse, ce qui permet une plus grande synthèse des données qualitatives. La catégorisation consiste à regrouper des codes sous une seule catégorie plus englobante. Ce travail de catégorisation est une étape d'abstraction vers la théorisation. Notre démarche de catégorisation a été effectuée en collaboration avec une professionnelle de recherche embauchée pour le projet de recherche de Morin et coll. (à paraître) et qui a effectué les entrevues de recherche qui se sont déroulées dans la région de Montréal.

Dans un premier temps, nous avons effectué un premier travail de codification de quelques entrevues de façon individuelle. Par la suite, nous avons tenu une première réunion de travail afin de mettre en commun la codification et pour faire consensus sur la catégorisation, de façon à dresser une première définition de ces catégories. C'est suite à cette rencontre d'intervalidation que nous avons chacun repris notre travail de façon individuelle pour compléter notre codage. Une deuxième rencontre a eu lieu afin d'effectuer une validation interjuges de la codification des contenus de codage et de préciser les définitions de nos catégories. Enfin, nous avons rassemblé la synthèse de notre travail de codification sous forme de tableaux rassemblant les catégories. Dans l'élaboration de ces tableaux, nous avons assigné un extrait d'entrevue par participant pour chaque catégorie et sous-catégories, de façon à rendre compte directement du discours.

Dans l'arbre de codification, nous retrouvons un embranchement et des sous-embranchements spécifiques autour du thème du chez-soi, et ce, en regard des quatre aspects de la sécurité ontologie soit : la sécurité, l'intimité, l'identification et l'appropriation. Ensuite, différents sous-thèmes ont émergé pour chacun de ces aspects. Nous avons également prévu un embranchement spécifique autour du thème des services à domicile. Cet embranchement comporte les sous-thèmes suivants : attitudes des intervenants en regard des services à domicile, attitudes des usagers en regard des services à domicile, opportunités et risques des services à domicile. Un troisième embranchement porte sur le thème des fondements de l'intervention à domicile, soit : les fondements cliniques, les fondements organisationnels, les fondements individuels et les fondements moraux.

Par surcroît, un quatrième embranchement porte sur le thème de la proximité relationnelle et physique de l'intervention à domicile. Ce thème a été développé en détail dans un mémoire de maîtrise en service social qui a été réalisé par la professionnelle de recherche attirée au site de Sherbrooke (Crevier, 2009). Cet embranchement comprend les sous-embranchements suivants : opportunités de la proximité, risques de la proximité, stratégies pour créer le lien, stratégies pour maintenir la distance professionnelle, signes de proximité.

Un cinquième embranchement a trait aux différentes stratégies d'intervention spécifique au domicile. Enfin, un sixième embranchement concerne le thème les enjeux éthiques de l'intervention à domicile. Finalement, nous avons rassemblé la synthèse de notre travail de codification sous forme de tableaux rassemblant les catégories. Dans l'élaboration de ces tableaux, nous avons assigné un extrait d'entrevue par participant pour chaque catégorie et sous-catégories, de façon à rendre compte directement du discours.

4.5.6. La lecture horizontale

La lecture horizontale permet de rassembler l'ensemble des catégories issues de nos entrevues de recherche de façon à préparer un travail d'articulation conceptuelle entre les diverses catégories élaborées (Crevier, 2009).

En somme, ce chapitre a fourni une présentation détaillée de notre méthodologie. Le chapitre subséquent présente une présentation des résultats de notre analyse thématique des entrevues effectuées avec les intervenants et les personnes usagères.

Chapitre 5
LES RÉSULTATS DE L'ANALYSE THÉMATIQUE

Chapitre 5

Ce chapitre porte sur les résultats de l'analyse thématique des entrevues effectuées avec les intervenants et des usagers ayant participé à notre étude, et ce, tant à Sherbrooke et Montréal. La première partie des résultats (section 5.1) nous parle de la façon dont les usagers se représentent leur chez-soi, et ce, en fonction des quatre dimensions de la sécurité ontologique décrits au Chapitre 2.

De surcroît, nous tenterons de comprendre de quelle façon les services à domicile reçus à domicile peuvent venir modifier, favoriser ou perturber le sentiment d' « être chez-soi ». De plus, toujours dans la section 5.1, nous verrons les différentes manières à partir desquelles le chez-soi, et plus particulièrement la sécurité ontologique, peut être prise en considération par les intervenants lors de visites à domicile. Rappelons ici que ces résultats ont pu être opérationnalisés à partir des quatre éléments de la sécurité ontologique, soit l'identification, l'intimité, l'appropriation et la sécurité.

À ce stade-ci, il importe de mentionner que nous avons fait le choix de présenter nos résultats de notre analyse thématique de la section 5.1 en confrontant ou en confirmant le discours des intervenants avec ceux des usagers, ce qui nous a fourni une riche occasion d'analyser les différents points de vue. De plus, à la lumière de notre analyse thématique, il ne nous a pas semblé pertinent de comparer systématiquement les résultats en fonction des trois-programmes clientèles à l'étude (Soutien à domicile, Enfance/Jeunesse/Famille, Santé mentale), ni en fonction des deux territoires (Montréal et Sherbrooke). Néanmoins, nous fournissons une analyse comparative en fonction de ces deux variables (programmes-clientèles et territoires) lorsque nous le jugeons particulièrement pertinent.

La section 5.2, quant à elle, porte sur les enjeux de l'intervention à domicile pour la pratique professionnelle, analysés à partir des entrevues effectuées avec les intervenants, ainsi que celles effectuées avec les usagers. Cette présentation des différents enjeux s'articulera en termes d'opportunités pour la pratique (par exemple le domicile comme lieu privilégié pour l'établissement d'une relation professionnelle de confiance), mais aussi en termes de risques (par exemple le potentiel de compromission de la sécurité de l'intervenant.).

5.1. Chez-soi et prise en compte de la sécurité ontologique dans l'intervention à domicile

Cette première section portant sur les résultats de notre analyse thématique en regard de la représentation de ce qu'est le chez-soi, à partir de la conception des usagers et de celle des intervenants.

Du point de vue des usagers, l'analyse thématique a permis de mieux cerner ce que peut représenter le chez-soi pour tout individu, en particulier pour les personnes en quête d'autonomie. Ensuite, l'analyse thématique des entrevues effectuées avec les intervenants nous a permis de mieux comprendre la façon dont le chez-soi ou la sécurité ontologique, en tant que facteurs intangibles, peuvent amener différentes réflexions pour la pratique professionnelle. En effet, nous verrons que le chez-soi des usagers amène un renouvellement des compétences chez les intervenants, qui peuvent être autant de l'ordre du savoir, du savoir être que du savoir-faire.

Pour ce faire, nous présentons les principaux contenus thématiques en fonction des quatre éléments retenus pour opérationnaliser le concept de sécurité ontologique, soit l'identification, l'appropriation, l'intimité et finalement la sécurité.

5.1.1. Identification

Le chez-soi en tant que source d'identification personnelle est l'aspect de la sécurité ontologique qui a le plus fortement ressorti des entrevues effectuées tant auprès des usagers qu'auprès des intervenants. Pour les personnes usagères, le chez-soi et ses micro-espaces apparaissent comme étant le reflet de l'état affectif et de l'image de soi de l'habité (Heywood, 2005) qui permet de se façonner une « identité domestique » (Borg, 2007). Ce reflet de l'identité personnelle peut également s'entrevoir au travers l'investissement de l'espace domiciliaire, soit par l'entremise de la décoration ou encore par la qualité de l'ordre et de la propreté du chez-soi.

« L'objectif de l'emménagement est d'ordonner pour soi, de rendre propre, au sens littéral, un espace qui se constitue en espace domestique (La Mache, 2003).

Le chez-soi comporte également une connotation culturelle ou générationnelle (Imrie, 2004; Mallet, 2004; Heywood, 2005). Le domicile est également porteur de l'histoire et de la mémoire personnelle (Gilroy, 2005; Milligan, 2003). Il est également une source

d'accomplissement et de développement personnel, et enfin, il représente un lieu d'attachement.

5.1.1.1. *Image de soi*

En premier lieu, il ressort de notre analyse thématique que le chez-soi s'avère le reflet de l'image de soi et de l'état affectif de la personne. Le chez-soi est tout d'abord un lieu qui nous représente :

[Avoir un chez-soi] ça m'apporte une satisfaction personnelle aussi parce que comme vous pouvez le voir, c'est pas un paradis, ce n'est pas un château, mais je suis bien chez moi. Alors, je crois que l'environnement reflète un peu, qu'est-ce qu'on est. Si on est tout brisé dans notre intérieur et bien l'extérieur en reflète un peu. [...] Moi je dirais que mon domicile me représente. (Usager, Soutien à domicile, Sherbrooke)

Le chez-soi en tant que reflet de l'état affectif et de l'image de soi a également été abordé par les intervenants et cette association est bien souvent prise en compte dans l'intervention :

J'dis souvent à des clients que j'encountre, j'leur dis toujours la même phrase [...] « j'ai déjà lu un jour que si tu veux savoir comment quelqu'un est dans sa tête, regarde comment est tenu son appartement ». Pis là, j'leur dis « ben quand je regarde comment c'est tenu sais-tu ça doit pas aller tellement bien. (Intervenante, Enfance/Jeunesse/Famille, Entrevue de groupe, Sherbrooke)

Nous pouvons donc constater la teneur identitaire associée au chez-soi qui a fortement émergé, tant dans le discours des usagers que de celui des intervenants. Par ailleurs, la littérature joue également sur ce registre. Par exemple, dans « Cotnoir », l'une des œuvres romanesques de Jacques Ferron, le personnage principal habite une « maison en folie », où l'on retrouve des « signes de l'inachèvement et du dérèglement d'un espace domestique » (Nepveu, 2005).

5.1.1.2. *Décoration*

Un des aspects importants du chez-soi permettant d'exprimer son identité et sa personnalité réside dans la décoration des lieux. Comme le mentionne Flamand (2004), l'acte de personnaliser son domicile en le décorant, signifie que l'on se distingue des autres. Par le choix des éléments décoratifs, on donne à voir ses goûts esthétiques et affectifs. À cet égard, à la lumière de notre analyse thématique, nous avons été en mesure de déceler le fait que l'investissement des lieux par l'entremise de la décoration prend beaucoup de temps, de ressources et d'émotions pour certains usagers. Par exemple, cette personne exprime sa créativité par l'entremise de la décoration.

Je vais chercher tout ce que j'ai en moi dans la décoration. Autant au niveau de la créativité que tout ce que tu vois là dans la maison, la manière dont ça été peinturé, la tapisserie... ce sont des affaires pas cher, je me suis procurée ma tapisserie chez [magasin bon marché], les rideaux m'ont été donnés, les stores. [...]
(Usagère, Enfance/Jeunesse/Famille, Sherbrooke)

Cet aspect identitaire est pris en considération dans l'intervention par les professionnels et peuvent être de l'ordre du savoir-faire, en particulier lors d'une évaluation à domicile. En effet, l'observation de la façon dont les lieux sont investis peut être un élément facilitant pour l'évaluation psychosociale de la situation, permettant d'avoir un portrait global de l'utilisateur :

La personne [usagère], elle est contente, elle nous montre sa décoration, elle est heureuse, [...] Y'a des milieux qui sont très dénudés aussi. [...] Par moment, on dit juste « ah tiens c'est beau, c'est coquet, c'est le fun. On peut s'asseoir, pas de problème. » Ou ça nous parle de la personne du côté bon, du fait que la personne elle est très fière. (Intervenant, Soutien à domicile, Montréal)

La façon dont les lieux sont décorés s'avère ainsi un élément qui permet à l'intervenant de mieux connaître la personne usagère. La décoration peut aussi s'entrevoir comme le reflet de valeurs spirituelles.

Ça toujours été important, la religion comme telle non, mais ma relation avec [Dieu] [...] y a pas de crucifix dans ma maison, mais y a une toile du Christ par exemple. [...] C'est [...] une façon de m'exprimer. (Usagère, Enfance/Jeunesse/Famille, Sherbrooke)

Ce reflet d'une culture spirituelle a également été abordé par une intervenante.

[Je suis intervenu chez] une dame de 99 ans qui hébergeait dans son appartement, [...] son fils de 75 ans, ancien missionnaire. C'était spirituellement habité par des chapelets, des bibelots, des journaux, des livres religieux, des biographies. (Intervenante, soutien à domicile, Sherbrooke)

5.1.1.3. *Ordre et propreté*

L'aspect de l'ordre et de la propreté apparaît également comme étant un élément identitaire important pour l'individu. Par exemple, une usagère de Montréal dont l'appartement est encombré et en désordre parle elle-même du lien entre le désordre de son chez-soi et la faible estime qu'elle a d'elle-même.

C'était toujours à l'envers chez moi... désorganisé. [...] Mes planchers sont pas propres puis j'aime pas ça. Je trouve ça salaud. Mais ça veut dire quoi : je suis une salope? [...] Je le sais que c'est pas vrai. Mais quand t'es continuellement entourée de désordre et de tapis qui sent les ordures. [...] Dans ma chambre [...] there's a pile of junk on the floor [...] Je suis pas bonne à m'occuper des objets. (Usagère, Santé mentale, Montréal)

Les résultats de notre analyse thématique nous permettent de faire le lien entre la propreté du logement, l'identité et l'estime de soi de l'individu. L'ordre et la propreté du domicile peuvent parfois être aussi associés à l'état de santé de la personne.

C'est bordélique dans mon appartement, parce que j'ai été malade plus dans dernière année-là, pis j'arrive pas à reprendre le dessus. [...] Fait que j'ai beau essayer pis avec mon ancienne aide-ménagère, j'te dirais-là au moins 5-5 fois qu'on a changé des choses de place dans

les armoires, puis c'est pas encore réussi, parce que si, si j'en avais réussi, mon appartement ne serait pas dans cet état. (Usagère, Soutien à domicile, Sherbrooke)

Le rapport des usagers à l'ordre et la propreté est donc important. La question de l'ordre et de la propreté comme source d'identité apparaît également comme un élément qui est observé par les professionnels lors de visites à domicile. Ici encore, les propos des intervenants à propos de l'ordre et de la propreté démontrent le lien entre l'hygiène des lieux et l'image globale de l'utilisateur fournie par le domicile et inaccessible dans la pratique en établissement.

Au CLSC, je peux rencontrer quelqu'un, bon, bien articulé, une personne bien mise, bon une hygiène adéquate, tout ça. Et une rencontre au domicile là, c'est un vrai capharnaüm. (Intervenant, Santé mentale, Montréal)

De cette façon, le professionnel est à même de mieux évaluer la situation de la personne. Toujours en partant de l'idée que l'ordre et la propreté du chez-soi se veulent le reflet de l'identité de l'individu, notre analyse thématique nous relève que cet aspect fournit aux professionnels des éléments concrets pour leur intervention.

Si la personne veut changer des choses puis que j'identifie quelque chose dans le milieu [...] [au niveau de l'organisation ménagère ou...je peux te dire comme un exemple admettons : ah, je suis toujours surchargée, bon bien [...] ça tu pourrais justement trouver une façon de te prendre en main, cette surcharge-là et pas toujours rester prise dedans. (Intervenante, Enfance/Jeunesse/Famille, Sherbrooke)

Si la question de l'ordre et de la propreté apparaît comme des éléments concrets pouvant être mis à profit dans l'intervention, cet aspect peut aussi être vu tel un élément identitaire construit socialement par la culture et la classe sociale. Ainsi, les individus n'ont pas tous le même seuil de tolérance à l'égard de la propreté et du désordre. En effet, comme le mentionnent Angus et coll. (2005), cette construction sociale du chez-soi

est au cœur des relations de pouvoirs existant entre les usagers et les intervenants en lien avec ces normes de propreté, d'esthétique de la maison et d'accessibilité physique, tant au niveau de l'évaluation des besoins qu'au niveau de la dispensation des services à domicile. Selon les auteurs, les professionnels se réfèreraient à leurs propres normes socioculturelles dans leur pratique à domicile. Nos résultats de recherche nous démontrent que certains professionnels ont justement conscience de cette construction sociale du chez-soi et de sa propreté, ainsi que de l'importance du respect de l'identité de la personne, se traduisant parfois par une désorganisation des lieux. En effet, les professionnels démontrent une capacité de se questionner au regard des différentes valeurs et aux différents seuils de tolérance existants en lien avec l'ordre et la propreté et son versant, soit l'insalubrité.

Ça nous ramène à notre seuil de tolérance. Tu sais, faut comme se questionner : « J'trouve pas ça acceptable, mais c'est-tu mon seuil de tolérance à moi ». Le sien n'est pas le même que moi... tu sais son entourage, c'est quoi son seuil de tolérance. (Intervenante, Soutien à domicile, Sherbrooke)

Cet extrait du groupe de discussion de Sherbrooke est particulièrement intéressant pour illustrer l'importance du respect de cette construction identitaire.

Moi j'avais un client schizophrène bon qui était justement artistique un peu... Et puis là, moi quand je rentrais je faisais attention à la question de l'identité. Son désordre lui permettait de créer ou son horaire lui permettait de se lever la nuit par exemple pour faire du dessin. On tombe dans quelque chose de particulièrement délicat. Parce que lui le sens de sa vie, c'est un artiste, qui se réalise la nuit. (Intervenant, Soutien à domicile, groupe de discussion, Sherbrooke)

Par ailleurs, le fait d'intervenir dans des milieux insalubres crée des malaises chez les intervenants, comme nous le verrons dans la section portant sur les enjeux pour la pratique professionnelle. La prise en compte

de l'identité de la personne requiert chez l'intervenant une capacité d'outrepasser ce malaise.

C'est pas tout le temps des milieux qui sont agréables. [...] Il y a des milieux complètement insalubres. Fait que c'est sûr que bon, ça c'est... Peut-être des fois tu peux vivre des malaises par rapport à ça [...] Tu t'assois, tu vois des coquerelles passer... Fait que tu peux vivre un malaise. (Intervenant, Enfance/Jeunesse/Famille, Montréal)

Nous voyons ici que le respect de l'identité de l'individu est de mise chez les professionnels, et ce, malgré les malaises qui peuvent être présents. Ce respect nous relève une conscience, une sensibilité de l'intervenant à l'égard des différences.

L'hygiène et l'organisation des lieux apparaissent donc comme un élément d'évaluation ou encore d'intervention par les professionnelles qui effectuent des visites à domicile. En effet, à la lumière des propos amenés par l'ensemble des intervenants qui ont amené cette question (**n=22**), nous avons vu que l'ordre et la propreté du logement pouvaient offrir différents repères concrets pour l'intervention. Pensons à l'exemple de l'intervenante qui s'est servie de la surcharge dans le logement, qui a été identifiée par l'usagère elle-même, pour mettre cet aspect dans son intervention.

5.1.1.4. *Signification socioculturelle du chez-soi*

Le chez-soi comporte également une connotation culturelle (Angus et coll., 2005). En effet, la signification accordée au chez-soi diffère en fonction de la classe sociale, du genre et de l'origine ethnoculturelle, qui représente ici encore des éléments identitaires à considérer dans l'intervention.

«...les rapports entre âge et sexe ont changé dans les sociétés, de même que l'inscription de ces faits dans l'habiter. Avec ces changements, se transformèrent les relations telles que la proximité et la distance (sociales, au sein des groupes), l'intimité et l'éloignement, le voisinage et la séparation, relations qui entrent dans la pratique sociale, c'est-à-dire dans l'habiter et qui sont

indiqués ou signifiés par les objets d'usage» (Lefebvre, 1992 : 587).

Si les usagers ont peu discuté de la signification du chez-soi en lien avec leur classe sociale, la prise en compte de la classe sociale par les professionnels et son implication pour l'intervention a largement ressorti de notre analyse thématique. Si le respect des écarts socioculturels entre l'intervenant et l'utilisateur constitue une valeur importante à privilégier dans tout type de pratique d'intervention, quelle soit en établissement ou à domicile, il semble que ce respect et cet ajustement socioculturel est davantage de mise dans un contexte de pratique à domicile, où l'intervenant est davantage mis en situation véritable en étant témoin des habitudes de vie des personnes.

Par exemple, le niveau socioéconomique de l'individu demande aux intervenants un ajustement dans leur façon d'intervenir.

Je dirais que probablement y'a, avec la pauvreté, souvent y'a une, des carences culturelles. Y'a des milieux qui sont comme carencés au niveau culturel, puis là aussi y'a comme un ajustement au niveau de la façon d'intervenir. (Intervenant, Santé mentale, Montréal)

Néanmoins, plusieurs intervenants nous ont mentionné être habitués et à l'aise dans des milieux défavorisés.

Bien j'suis plus à l'aise dans les milieux défavorisés. Ouais, plus défavorisés. J'aime mieux ça. (Intervenant, Soutien à domicile, Sherbrooke)

D'autres intervenants ont affirmé qu'ils se sentaient plus à l'aise d'intervenir dans des milieux correspondant à leurs propres référents culturels.

C'est sûr, c'est toujours plus à l'aise quand c'est propre puis que c'est francophone puis que ça ressemble à qu'est-ce que tu vis. Donc toujours plus à l'aise, c'est évident, c'est tes repères, ils sont plus... tu les connais. [...] Bien [en milieu] bourgeois ou très pauvre, bien... tu es à l'aise pareil, mais je veux dire, ce que je veux dire, c'est que c'est toujours plus à l'aise dans quelque chose

*qui te ressemble. (Intervenant,
Enfance/Jeunesse/Famille, Montréal)*

Nous pouvons constater que la considération du niveau socioéconomique du milieu se fait consciemment par les intervenants. Comme nous l'avons déjà mentionné, le chez-soi comporte également une connotation ethnoculturelle qu'il importe de prendre en compte dans l'intervention. Par exemple, cette usagère a discuté de sa satisfaction à l'égard des intervenants qui avaient le souci de s'ajuster à sa culture et de faire l'effort de parler sa langue d'origine avec elle.

*[Do you feel that the social worker takes into account your cultural specificity?] Yes. I think so yeah. Well I mean I've had several who are French of different ages also. And well I mean they certainly make an effort to speak with me in English and to make me feel at ease in English and they're not struggling or that it's a problem or... They just accept who I am, with my language, my situation. And work with me. (Usagère,
Enfance/Jeunesse/Famille, Montréal)*

Effectivement, les intervenants se doivent de prendre en compte l'aspect ethnoculturel du chez-soi. Étant donné que les professionnels sont amenés à effectuer des visites à domicile dans des milieux de différentes origines ethniques, en particulier dans la région de Montréal, ces derniers sont à même de constater les différentes significations ethnoculturelles du chez-soi. De plus, il apparaît que les différentes conceptions du rôle de l'intervenant par les usagers influencent le processus d'intervention à domicile.

Y'a des parents qui ont peur, des Néo-québécois qui se sont fait compter des histoires que [...] les parents se font retirer leurs enfants. [...] Tu vas là pis ils te perçoivent comme un policier. [...] [Il y a] des musulmans, des familles indo-pakistanaïses [...], de l'Inde pis toute cette région-là, et des Magrèbins, des Chinois. [...] Il y a une dimension culturelle olfactive des fois [...] tu le sens que y'a eu de la cuisine. [...] [Parfois] t'as le sentiment qu'ils sont en train de recevoir un monsieur du Ministère. [...] J'ai vécu ça chez deux familles magrèbines. [...] C'est des pays souvent où y'a de la corruption, les choses marchent par

pushing pis tout ça. [...] Donc y'a des façons de fonctionner du pays d'origine. (Intervenant, Enfance/Jeunesse/Famille, Montréal).

L'accès aux différentes cultures et aux différents modes de vie permet également à l'intervenant de mieux alimenter son évaluation psychosociale, comme nous l'aborderons plus en détail dans la section portant sur les enjeux pour la pratique professionnelle.

C'est sûr que des fois dans des communautés, c'est très fort [la dimension culturelle du chez-soi]. Des fois y a beaucoup de monde dans un logement là t'sais. [...] Y a des odeurs différentes, y a des gestes différents qu'on observe qu'on n'observerait pas ici. Des fois dans certaines communautés, y a des comportements plus stricts envers les enfants que les gens feront pas ici dans la salle d'attente, mais que chez eux oups... (Intervenante, Santé mentale, Sherbrooke)

Qui plus est, la signification du chez-soi comporte également une connotation générationnelle. Notons que si les usagers n'ont pas abordé cet aspect, les intervenants ont constaté dans leur pratique des différences générationnelles notables en lien avec la représentation du chez-soi et l'intervention à domicile. Par exemple, une intervenante œuvrant auprès de la clientèle âgée a constaté que les femmes vieillissantes avaient une grande désirabilité sociale à l'égard de l'entretien ménager et refusaient souvent les services de soutien à domicile.

C'est pas l'aidant qui refuse [les services]. C'est l'aidé, parce que les femmes font le grand ménage avant que le préposé arrive. Surtout que les femmes d'un certain âge se réfèrent à une mentalité qui... elles sont là jusqu'à épuisement]. (Intervenante, Soutien à domicile, Sherbrooke)

Nous pouvons ainsi constater la représentation générationnelle du chez-soi et sa prise en compte dans l'intervention. Le dernier aspect lié à l'élément de l'identification au chez-soi réside dans le fait que le domicile est porteur de souvenirs, d'une histoire personnelle à préserver (Gilroy, 2005). Le domicile comme source d'identification personnelle est également porteur de souvenirs qui apportent un sens et une expression de soi, telle la

possession d'objets symboliques ou de reliques qui peuvent être si chers aux personnes âgées (Milligan, 2003; Gilroy, 2005). Cette intimité n'est pas que symbolique, elle a aussi des fonctions plus pratiques, voire utiles, en aidant à maintenir reliées entre elles les différentes composantes de sa propre vie. En ce sens, une personne âgée parle de l'importance pour elle de préserver ces souvenirs qu'elle possède depuis fort longtemps à son domicile.

Ça fait des années que j'ai ces meubles-là. C'est du colonial. C'est du Roxton colonial et j'aime beaucoup le colonial parce que je trouve [...] Et puis comme que ça fait plus que 30 ans que j'ai ces meubles-là, naturellement c'est pas moderne, mais j'aime ça. [...]
(Usagère, Soutien à domicile, Sherbrooke)

Nous pouvons ainsi voir que l'identification au chez-soi passe par une connotation biographique (Milligan, 2003). Ici encore, les intervenants prennent en compte cet aspect du chez-soi dans le cadre de leurs interventions à domicile. Les propos recueillis démontrent la conscience des intervenants que le chez-soi est porteur de repères.

[Le chez-soi] c'est tes repères, c'est un peu ta vie finalement. Tous tes souvenirs sont là [...] [Les usagers] vont parler de ça fait combien de temps qu'ils sont là [...] ce qu'ils ont vécu dans cette place-là [...] ils vont plus parler de l'histoire de la maison ou de l'appartement quand c'est significatif. [...] Comme le monsieur que sa femme est morte, il dit « ah moi ma femme était assis là, a fait ça dans telle pièce. Ça a servi cette maison-là... » Y'a toujours une histoire qui va jouer. Une histoire vécue, des références que ça laisse.
(Intervenant, Santé mentale, Montréal)

Cet extrait est particulièrement intéressant pour comprendre de quelle façon l'imprégnation biographique du chez-soi peut être riche pour l'intervention. De plus, il semble que les différences socioculturelles (différences de classes sociales, différences ethnoculturelles, différences générationnelles) dans la façon dont les personnes vivent à domicile et aussi dans les différentes façons de se représenter le chez-soi, sont des

éléments dont l'intervenant doit être au fait, et qui peut s'entrevoir par des attitudes de tolérance et d'ouverture d'esprit.

Je suis quelqu'un d'ouvert, je m'attends à tout. [...] C'est comme ça que j'y vais. Comme quelqu'un d'ouvert, qui juge pas la situation, mais qui comprend que par moment, on peut pas être toujours correct. (Intervenant, Soutien à domicile, Montréal)

Elle [L'usagère] était contente de voir qu'y avait une ouverture et qu'on avait essayé de répondre à ses besoins. (Intervenant, Enfance/Jeunesse/Famille, Montréal)

Ce savoir-être de l'intervenant fait en sorte que la personne usagère ne se sente ni menacée ni jugée.

Je le sais qu'il vient ici puis qu'il ne juge pas. (Usager, Santé mentale, Montréal)

C'est une personne qui ne cherche pas à me juger puis qui insiste pas quand elle me dit « pourquoi tu ferais ça ci, pourquoi tu te ferais pas soigner pour ci ou pour ça là, pourquoi tu veux pas euh...? » Si un moment donné elle a un petit peu d'impatience là, puis elle comprend là que, elle dit : ok, on ne parle pas de ça. (Usager, Santé mentale, Montréal)

Dans cette sous-section, nous avons pu voir la connotation socioculturelle qui subsiste dans la façon dont les individus se représentent le chez-soi et qui peut s'entrevoir à travers différents modes de vie à domicile. Ainsi la considération de la signification socioculturelle du chez-soi peut s'entrevoir dans le savoir être du professionnel. De cette façon, une attitude de tolérance et d'ouverture d'esprit est ainsi de mise chez les intervenants qui effectuent des visites à domicile.

5.1.1.5. *Accomplissement et développement*

Le chez-soi représente également un reflet d'accomplissement et de développement personnel, ce qui constitue un autre élément identitaire important. Pour certains usagers, le chez-soi peut être un symbole de l'expression de la créativité, par exemple par de la décoration que l'on

bricole soi-même ou encore des rénovations que l'on effectue soi-même. Le chez-soi peut également comporter des symboles de nos connaissances, telles que la présence de livres par exemple. Le chez-soi est ainsi un symbole de fierté, par exemple pour cette femme qui a fait l'école à la maison pour son enfant.

*That is the place where I raise my child, also because I've been home schooling. [...] I'd buy old pieces of furniture and I'd renew them. Even my back room I've had a cold shed, so I knocked down the wall constructed a ceiling and a floor and totally painted the back so I have a summery [...] I write short poetry, so I would do collages and I do photography related to that and [...] handmade books. (Usagère, **Enfance/Jeunesse/Famille, Montréal**)*

Le chez-soi peut également représenter un symbole de dépassement de soi. Par exemple, une personne nous a mentionné que son appartement représentait sa réussite de s'être sortie d'une relation conjugale difficile et représentait un renouveau.

*[Puis les premiers jours que t'étais ici... les premières semaines que tu étais ici?] Ah! J'étais bien. J'suis chez moi je me suis séparée de lui, j'pleurais plus, j'avais pu peur comme j'avais peur. Non, quand je suis arrivée ici c'était tout recommençait, mais en mieux. (Usagère, **Enfance/Jeunesse/Famille, Sherbrooke**)*

Pour d'autres personnes, l'accomplissement personnel est affiché dans le domicile. Un exemple fort intéressant est celui de cette personne lourdement handicapée chez qui l'on retrouve à son domicile des plaques représentant le fait qu'il ait fondé une association de voile adaptée pour personnes handicapées.

*Y'a une série de plaques [au mur] Je suis un gars qui fait de la voile. Et puis j'ai amené ça moi au Québec. [...] On a fondé l'Association québécoise de voile adaptée [...] c'est mon dernier bébé. [...] (Usager, **Soutien à domicile, Montréal**)*

Le chez-soi permet donc d'afficher notre identité, nos accomplissements. Les intervenants ont également discuté du fait que le chez-soi était un lieu

d'accomplissement et de développement personnel. Tout comme les usagers, les professionnels reconnaissent le chez-soi comme un lieu de créativité et de fierté personnelle.

Quelqu'un peut avoir peu de moyens et faire des choses extraordinaires avec un rien. [...] Avec des choses trouvées dans des [brocantes]. La créativité, tout ça. [...] Ça peut être une table avec une boîte de carton, puis on sait pas que c'est une boîte de carton qu'y a en-dessous. (Intervenant, Santé mentale, Montréal)

Ainsi, nous avons illustré, dans cette sous-section, les différents éléments identitaires de la sécurité ontologique et les implications pour la pratique professionnelle. Si le chez-soi est le reflet de l'image de soi, nous avons vu que cette identité peut s'entrevoir à travers la décoration ou encore l'ordre et la propreté. Nous avons vu également que la signification socioculturelle du chez-soi varie en fonction de la classe sociale, de l'origine ethnoculturelle ou encore du groupe générationnel. En ce sens, nous pouvons constater que contrairement à ce que nous a révélé notre recension des écrits, le chez-soi, en tant que source d'accomplissement et de développement, est nettement pris en compte dans la pratique professionnelle. En effet, l'intervention est sans cesse recontextualisée en fonction de cette dimension de la sécurité ontologique qu'est l'identification.

5.1.2. Appropriation

Nous présentons maintenant les résultats de recherche en regard du deuxième élément constitutif du chez-soi qui a fortement ressorti du discours des usagers et des intervenants, soit l'aspect de l'appropriation. Pour Flamand (2004 :17), l'appropriation se définit comme étant « l'action, dans le champ précis de l'appropriation, de s'approprier un lieu, de le faire sien ».

Ainsi, l'appropriation réfère au contrôle et à la liberté d'agir dont dispose l'individu sur son environnement, « home as a power base » (Wilcocks et al., 1987). Ainsi, l'espace domestique devient un lieu de confort où par exemple les loisirs et le divertissement acquièrent une nouvelle intensité. À la lumière de la

définition de l'appropriation, il a émergé de notre analyse thématique une série de thèmes répondant au besoin d'appropriation de l'individu. Premièrement, le thème de l'attachement au domicile a émergé de notre analyse thématique. Ensuite, le chez-soi en tant que source d'enracinement, de stabilité et de repères a aussi ressorti, de même que le thème des adaptations architecturales du domicile. Le thème du contrôle et de la liberté d'agir a également émergé de notre analyse. Par surcroît, la question du chez-soi représentant la vie, le quotidien et le mouvement se sont avérés un autre élément de notre analyse thématique. Finalement, la question du confort et de l'aisance est également ressortie du discours des usagers ainsi que de celui des intervenants.

5.1.2.1. *Attachement au domicile*

Un premier sous-thème de l'appropriation ayant émergé dans notre analyse thématique réside dans le fait que le chez-soi est une source d'attachement. Si nous maintenons l'idée que le chez-soi est bien plus qu'un lieu physique, l'espace domiciliaire comporte également une connotation affective (Gilroy, 2005). Cet attachement au chez-soi a émergé du discours des personnes usagères. Cet attachement se reflète par exemple chez cette personne en regard de l'importance accordée à conserver son logement actuel.

J'aime mon logement. [...] Il y a des commodités. [...] Regarde il y a un beau parc. [...] En arrière, t'es en banlieue. Puis en avant, t'es en ville. [...] Moi là, perdre mon logement là, je le sais pas qu'est-ce que je ferais. Je ne l'accepterais pas. Je ne pense pas. Ça serait dur. Très dur. [...] Je me sens bien chez nous. Et j'ai toujours dit que j'aimais l'ambiance de mon logement. [...] C'est important. (Usager, Santé mentale, Montréal)

On peut ici remarquer que cette personne est non seulement attachée à son logement, mais aussi à son environnement extérieur. Or, le fait de devoir habiter bien souvent un logement en piètre état fait en sorte que la personne se sente peu ou pas attachée à son domicile. Cet attachement au domicile est d'autant plus important pour les personnes en perte d'autonomie. Ces dernières nous ont affirmé leur désir farouche de demeurer chez-soi le plus

longtemps possible et ainsi retarder leur entrée dans une ressource d'hébergement.

Je peux comprendre le deuil que les gens peuvent vivre quand y'a le... devoir quitter leur domicile. En quelque part, ça va m'arriver, et puis... Je suis encore à espérer que ça arrive pas. Que je puisse garder suffisamment d'autonomie pour le jour du dernier jour je sois paisiblement. [...] (Usager, Soutien à domicile, Montréal)

Le fait d'être propriétaire de son domicile est également un élément qui favorise l'attachement de la personne à son logement. Parmi les usagers participants, une seule personne était propriétaire d'une maison. Cette dernière nous a exprimé tout son attachement pour son chez-soi et son désir d'habiter cette maison le plus longtemps possible.

C'est bien évident que j'aimerais rester en appartement le plus longtemps possible [...], ça fait huit ans que je suis ici. On s'attache et puis une maison [...] je me sens plus chez moi qu'en appartement. (Usager, Soutien à domicile, Sherbrooke)

Cet attachement est certes pris en considération par les intervenants. De cette façon, l'importance pour les usagers de demeurer le plus longtemps possible dans leur chez-soi a émergé du discours des intervenants.

Il était heureux lui là [dans son domicile] puis y avait vécu en résidence fait que il savait c'était quoi puis il ne voulait pas. (Intervenant, Soutien à domicile, Sherbrooke)

En effet, cet attachement des usagers, que ce soit à leur domicile ou à leur quartier, est bien souvent détecté par les intervenants dans leur pratique quotidienne. Certains intervenants remarquent par ailleurs que ce besoin de stabilité et d'attachement de la personne à son environnement domiciliaire est d'une importance capitale. Cet attachement au domicile peut par ailleurs nous sembler surprenant quand on pense aux piètres conditions des logements dans lesquelles certains usagers sont appelés à évoluer.

L'exemple de cet extrait nous semble particulièrement intéressant pour illustrer cet attachement au domicile en dépit de son état.

Des gens très attachés à leur quartier. Qui sont là depuis des années et qui malgré la misère veulent rester là. [...] Quand t'es locataire, tu peux avoir un attachement à ton logement. [...] Quand t'es prêt à attendre deux ans pour ça [un HLM], c'est parce que l'importance du chez-soi et l'importance d'avoir son environnement est là. (Intervenant, Enfance/Jeunesse/Famille, Montréal)

Par ailleurs, les intervenants affirment recevoir bien souvent des confidences de personnes usagères qui démontrent l'attachement de ces dernières à leur chez-soi, comme le mentionne cette intervenante.

Ils [les usagers] me parlent beaucoup plus de l'importance que ça a pour eux [leur chez-soi]. Ils vont me dire ça fait combien de temps qui vivent là, qu'est-ce qui aiment de ce milieu là. (Intervenante Soutien à domicile, Sherbrooke)

À la lumière de notre analyse thématique, nous pouvons ainsi constater que le chez-soi se veut une source importante d'attachement et comporte une grande connotation affective. Le chez-soi comme source d'attachement nous est apparu comme étant un élément qui a émergé à plusieurs reprises dans le discours des intervenants. La prise en compte de cet élément nous semble donc d'une grande importance pour la pratique professionnelle. Par exemple, si un professionnel est au fait du grand attachement de l'utilisateur envers son domicile, cela pourra venir teinter son intervention. Pensons à un intervenant en soutien à domicile devant préparer l'utilisateur à un éventuel placement en centre d'hébergement qui devra préparer la personne à faire le deuil de son domicile.

5.1.2.2. *Enracinement, stabilité, repères*

Par ailleurs, il a émergé de notre analyse thématique que le chez-soi constituait également une source d'enracinement, de stabilité et de repères. Pour plusieurs usagers, le chez-soi est synonyme de stabilité. Cette stabilité résidentielle se veut un facteur contributif à la construction du sentiment

d'appartenance à son chez-soi. Le fait de demeurer plusieurs années dans le même logement et dans le même quartier et d'avoir les mêmes routines quotidiennes depuis longtemps est un élément sécurisant pour plusieurs personnes, en particulier chez les personnes qui vivent beaucoup d'insécurité et d'instabilité intérieure.

*Le chez-soi c'est un sentiment d'appartenance à ton lieu physique. [...] Autant à un appartement qu'à un parc, qu'à une école, un quartier... mondial. [...] Je sens que le trajet pour aller à l'école, c'est mon chez-soi. On appelle ça la migration quotidienne. [...] Quand tu mets les pieds sur le sol à chaque jour à la même place, tu vis là. [...] Établir des habitudes et établir des routines, c'est pas quelque chose qui me vient facilement. Fait que ça c'est une autre chose qui va mon attachement positif à mon environnement physique. **Usager, Santé mentale, Montréal)***

Un autre exemple fort éloquent exprimant l'enracinement de l'individu à son domicile est celui d'un usager qui a exprimé sa volonté de demeurer dans son domicile actuel jusqu'à la fin de ses jours.

C'est un appartement adapté pour moi et puis dans lequel je suis bien. Je pense que je peux mourir ici. Je suis établi, je suis « casé ». (Usager, Soutien à domicile, Sherbrooke)

Ainsi, nous pouvons voir que si la stabilité du lieu est importante pour chacun d'entre nous, cela est d'autant plus vrai pour les personnes vulnérables, comme l'exemple de cet usager qui requiert des adaptations architecturales dans son appartement. Les intervenants que nous avons rencontrés semblent être conscients de l'importance de la stabilité et de l'enracinement dans la vie des personnes qu'ils rencontrent à domicile. Les professionnels sont au fait que les personnes usagères veulent demeurer dans leur chez-soi le plus longtemps possible, en particulier au secteur soutien à domicile.

Elle a un très bel environnement cette madame là aussi, a s'accroche beaucoup à ça. Elle voit ses fleurs pousser au printemps. [...] Elle s'accroche à son chez-soi. Elle veut rester là le plus longtemps possible. [...] C'est

comme son lieu d'ancrage. (Intervenant, Soutien à domicile, Sherbrooke)

J'ai un client qui me dit [...] « Je ne partirai pas en hébergement, je viderais une balle dans ma tête. » Pour lui, c'est ça, chez-soi c'est très important. Il veut mourir chez lui. [...] Ils veulent mourir chez eux. (Intervenant, Soutien à domicile, Montréal)

Les professionnels ont également discuté du fait que les services à domicile peuvent parfois constituer une perte de repères pour les personnes usagères. Si les services à domicile comportent un caractère intrusif, comme nous l'avons déjà mentionné, cette arrivée de professionnels dans la sphère privée de la personne peut compromettre le lieu d'ancrage de cette dernière :

Elle dit, moi je ne suis pas vraiment chez nous ici. [...] Parce qu'elle a perdu beaucoup de repères madame là, puis on lui a imposé plein de [services]. [...] Oui, y a un enjeu de taille pis moi j'avais besoin d'apprécier ce milieu-là pour découvrir parce que avant d'entrer là, je savais qui avait de la violence, mais là, je suis en train de mesurer toute cette importance du milieu, de l'enracinement là. (Intervenant, Soutien à domicile, Sherbrooke)

Les intervenants ont justement conscience de cette conception du chez-soi en tant que lieu d'ancrage pour les personnes. Le professionnel prend également en compte le fait que le caractère potentiellement intrusif des services à domicile puisse occasionner une perte de repères pour les usagers.

5.1.2.3. Adaptations architecturales

En ce qui concerne la question des adaptations architecturales, les usagers issus du programme soutien à domicile nous ont exprimé leur besoin de requérir à différentes adaptations architecturales. Ces adaptations se traduisent sous diverses formes : portes électriques, barres d'appui dans la salle de bain, banc de bain, élévateur, sonnettes de porte abaissées. Ces adaptations permettent aux personnes usagères d'optimiser leur autonomie et leur pouvoir sur leur environnement.

[Le propriétaire] a baissé [la sonnette] pour répondre à la porte. Tu sais [c'] était haut tandis que là moi j'arrive je fais comme une araignée avec mes doigts. Je les mets de même et j'arrête fait que je pèse sur la porte [...] et la porte patio qui avait avec la chaise on ne pouvait pas sortir parce qu'elle avait juste la largeur de la chaise. Puis là ils ont refaite une porte avec une petite fenêtre à côté. (Usager, Soutien à domicile, Sherbrooke)

Quand je suis arrivé ici, l'appartement était déjà tout aménagé [...] regardez le comptoir il est juste à la bonne hauteur. Quand j'arrive, tout est à ma hauteur, à ma portée. Je me débrouille bien [...] quand je sors, j'ai un contrôle à distance. La porte peut ouvrir alors c'est déjà beaucoup, c'est un 'must', c'est un plus. (Usager, Soutien à domicile, Sherbrooke)

Une personne issue du programme Enfance/Jeunesse/Famille a dû modifier son environnement domiciliaire et faire enlever les tapis afin d'accommoder ces deux enfants asthmatiques. Les usagers de la région de Montréal ont également abordé la question des adaptations architecturales. Par exemple, cette personne a discuté des adaptations dont elle avait besoin dans sa salle de bain.

Des barres dans la chambre de bain], il y en a. [...] Ils étaient là quand je suis rentrée. Ça a l'air qu'ils en mettent partout. [...] [Le lit d'hôpital], c'est le CLSC qui me l'avait prêté [pour mon conjoint]. [...] Ils y en a qui ont des bains à domicile, des douches ici puis tout. Moi, je me lave toute seule. J'ai un petit banc. Je prends plus de bains, parce que je ne peux pas ressortir. (Usager, Santé mentale, Montréal)

Par ailleurs, certains intervenants du programme soutien à domicile de Sherbrooke et de Montréal ont discuté des adaptations architecturales présentes au domicile de leur clientèle.

On peut commander des lits d'hôpitaux des fois dans certains cas. (Intervenant, Soutien à domicile, Montréal)

Parmi ces intervenants qui ont abordé la question des adaptations architecturales, une intervenante a démontré sa prise en compte de

l'association que font les usagers et de leur possible difficulté à accepter ces adaptations.

Quand y a suffisamment de confiance, [...] la chambre de bain s'ouvre parce que je dois voir les équipements. [...] Leur équipement aussi, c'est quelque chose de me montrer ça parce que c'est aussi dire : Ben maintenant chez-nous c'est pu le petit lit simple, c'est le lit électrique. Tu sais, ça change là, ça change un paysage là. (Intervenante, Soutien à domicile, Sherbrooke)

Ces propos nous démontrent, ici encore, la volonté des intervenants de prendre en compte la question des adaptations architecturales dont les usagers ont besoin dans leur intervention. En plus de prendre en considération le fait que ces adaptations sont parfois difficiles à accepter pour certaines personnes.

5.1.2.4. *Contrôle, décisions, liberté d'agir*

Si le chez-soi est source d'accomplissement, d'attachement et d'enracinement, il a émergé de notre analyse thématique le fait que le domicile se veut également un lieu de contrôle, de décisions et de liberté. Ce thème a par ailleurs ressorti très fortement chez les personnes usagères. En effet, il apparaît que pour les personnes vulnérables et qui sont bien souvent en quête d'autonomie, le fait d'exercer un contrôle sur son environnement revêt une importance capitale et se veut une source d'empowerment et d'estime de soi. Pour plusieurs personnes, le chez-soi est synonyme d'indépendance et d'autonomie.

C'est quoi pour vous avoir un chez-soi? [...] c'est l'autonomie. C'est l'indépendance, [...] c'est la liberté, tu peux faire ce que tu veux, quand tu veux, comme tu veux. (Usager, Soutien à domicile, Sherbrooke)

Avec mon triporteur [...] je me promène, je vais au marché. Tu sais, je suis plus autonome. [...] [Un chez-soi], ça veut dire pour moi être encore autonome. Pas dépendre de personne. [...] [Si] je me sens malheureuse, je me raccroche en me disant « t'es pas une itinérante. Tu ne traînes pas dans la rue. T'as ton chez-toi. [...] Tu peux te lever quand tu veux. Tu peux manger quand tu

*veux. Sois heureuse. » Pour moi, c'est bien important.
(Usager, Santé mentale, Montréal)*

Les personnes usagères ont également mentionné l'importance d'exercer un contrôle quant au choix du logement et du quartier. Par exemple, une personne qui a été amenée à se trouver un logement à la suite d'un séjour dans une maison pour femmes victimes de violence conjugale a mentionné cette importance d'exercer ce contrôle.

[...] ça a été dur parce que j'ai fait... j'ai visité environ soixante logements [avant d'aménager dans mon appartement actuel]. [...] Je voulais vraiment trouver une bonne place. [...] Je voulais un bon espace chez moi, j voulais des bons voisins, avec des parcs, j voulais être proche des magasins, j voulais tout, dans l'fond (rire). J'en demandais... C'est ça qui me disait là j'en demandais trop. Mais j'ai trouvé. (Usager, Enfance/Jeunesse/Famille, Sherbrooke)

D'autres personnes ont mentionné l'importance que cela signifiait pour elles le fait de s'approprier librement les lieux. À titre d'exemple, si la décoration du domicile représente l'expression de l'identité de soi, le fait de décorer son logement en fonction de ses goûts est également synonyme d'un contrôle exercé sur son environnement domiciliaire. Par surcroît, les personnes ont exprimé l'importance de jouir d'une liberté d'agir lorsqu'elles sont chez elles. Par exemple, un usager locataire d'une maison nous a mentionné qu'il aimait beaucoup habiter une maison privée parce qu'il disposait d'une plus grande liberté que dans un appartement situé dans un immeuble à logement :

[Dans une maison] [...] on peut faire se qu'on veut. Dans les blocs appartements des fois, il y a plus de règlements. Bon, là ici il y a quand même quelqu'un qui habite au sous-sol là. Mais c'est pas comme bon heu... après 11 h tu ne peux pas faire de bruits ou des choses comme ça fait que des fois dans des blocs, c'est plus... c'est plus rigide. Ici, tu as plus l'impression d'être chez-vous. (Usager, Santé mentale, Sherbrooke)

À la lecture de cet extrait, le lecteur attentif pourra remarquer que la personne parle de « l'impression d'être chez-soi », ce qui témoigne de

l'importance de l'appropriation de l'espace domiciliaire. Par ailleurs, le discours des intervenants nous démontre ici encore leur prise en compte du besoin de contrôle et de liberté des usagers. Encore une fois, l'exemple de la décoration en tant que source de contrôle sur son chez-soi est ressorti des propos de certains professionnels :

[Dans] la maison [de certains usagers], tu vois qu'il y a des décorations quelconques, même si ce n'est pas à nos goûts à nous autres, ce n'est pas grave, l'important c'est que tu vois [que] la personne a pris possession de sa maison. (Intervenant, Santé mentale, Montréal)

D'autres intervenants ont abordé la question du contrôle exercé par l'utilisateur sous l'angle des relations de pouvoir subsistant entre le professionnel et la personne, comme il en a été question lorsque nous avons abordé le thème du pouvoir d'exclusion exercé par l'utilisateur :

Le chez-soi [...], c'est de mettre le cadre à la hauteur où on a envie. Même pas besoin d'avoir à demander la permission pour en mettre un. Mettre mon lit comme je veux. [...] Quand t'es en établissement, il [l'utilisateur] est sur ton terrain. Là, t'es chez eux. Fait que tu t'assois où ils te disent de t'asseoir puis tu rentres parce que tu laissent rentrer. (Intervenante, Soutien à domicile, Sherbrooke)

On peut donc constater que cet aspect du contrôle exercé par l'utilisateur sur son environnement pose une préoccupation pour les professionnels qui effectuent des visites à domicile. Si pour la plupart des intervenants cette liberté d'agir et ce contrôle dont dispose l'utilisateur sont perçus positivement, pour d'autres professionnels, cet aspect représente un obstacle au bon déroulement de l'intervention à domicile. Ici encore, la dialectique entre le pouvoir de l'utilisateur à domicile et le pouvoir de l'intervenant en établissement ressort du discours de certains professionnels.

Je vais la convoquer au bureau et je vais le faire dans le cadre du bureau pour que j'aie le contrôle du début pour que tout ce que je veux lui passer comme information, elle l'aie. Tandis qu'à domicile, je ne suis pas certain. (Intervenant, Enfance/Jeunesse/Famille, Sherbrooke)

Par ailleurs, la prise en considération du besoin de contrôle de l'utilisateur sur son environnement est relative pour plusieurs intervenants à la compromission ou non-compromission de la sécurité de la personne et de celles des autres. Cette prise en compte du besoin de contrôle et du respect de la liberté d'agir de la personne amène un dilemme éthique entre la volonté du respect de l'autodétermination de la personne et la volonté de bienfaisance, comme nous l'avons vu dans la section précédente. Par exemple, dans l'entrevue de groupe qui a été effectuée à Sherbrooke, une intervenante a mentionné que sa tolérance envers les usagers vivant dans des domiciles insalubres variait selon le degré d'entrave à la liberté des autres :

Ce que je dirais aux personnes, pas dans ces mots-là mais en tout cas, c'est que « ta liberté elle s'arrête là où la liberté des autres commence ». Quand y a des enfants y aussi le bien-être et la liberté. Bon... la vermine si tu veux en avoir chez toi, c'est parce que c'est dur à contenir. (Intervenant, entrevue de groupe, Sherbrooke)

Ainsi, en regard du discours des usagers et de celui des intervenants, nous pouvons constater toute l'importance pour l'utilisateur de disposer d'une liberté d'agir et d'exercer un contrôle sur son environnement. Nous avons également vu qu'il importe que l'intervenant prenne en compte cet aspect afin de respecter ce besoin de pouvoir d'agir de la personne. Néanmoins, ce respect de l'autodétermination de la personne amène chez les intervenants un dilemme entre le respect de l'autonomie et la protection, la bienfaisance.

5.1.2.5. *Vie, quotidien, mouvement*

Le dernier élément constitutif qui a émergé de notre analyse thématique est la question du chez-soi représentant la vie, le quotidien et le mouvement. En effet, le chez-soi constitue le lieu où la vie quotidienne de l'individu est située. Ainsi, plusieurs personnes usagères que nous avons rencontrées sortaient très peu de chez elles et vquaient à la grande majorité de leurs activités quotidiennes à la maison. À titre d'exemple, la prochaine citation

témoigne du fait qu'une personne travaille à la maison et fait l'école à son enfant.

I'm in the house a lot. [...] I work here, so it's not only my home, it's my work space. And as a parent, I mean that is the place where I raise my child, also because I've been home schooling. [...] My home can serve so many functions to me that's not typical of most people. [...] I don't go out much. So really my whole life is, it's pretty much in this place. [...] (Usager, Soutien à domicile, Montréal)

Pour d'autres personnes, le domicile est un lieu pour réaliser différentes activités quotidiennes leur permettant de relaxer. Les usagers ont mentionné que leur domicile était un lieu pour lire, écouter la télévision, clavarder sur le net, etc.

Moi je suis tout le temps ici [chez-moi] j'écoute la télé. Le jour pas tellement, mais le soir oui. (Usager, Soutien à domicile, Sherbrooke)

Je suis souvent dans cette pièce-là [à l'ordinateur]. Je ne couche pas sur le clavier, mais presque. (Usager, Soutien à domicile, Sherbrooke)

Les professionnels qui effectuent des visites à domicile ont démontré de différentes façons leur prise en compte du chez-soi en tant que lieu du quotidien, de la vie et du mouvement. Comme nous l'avons déjà mentionné, le chez-soi apparaît comme étant le lieu privilégié pour dresser un portrait plus juste de la situation psychosociale de l'utilisateur. Ainsi, la quotidienneté présente dans le domicile apparaît comme un élément d'observation du quotidien de l'utilisateur.

[Le chez-soi] c'est ton milieu de vie. [...] Pour moi [un endroit] habité, c'est quand que ça bouge. [...] Y'a une vie qui se passe. [...] Ça évolue. Y'a une évolution qui se fait dans la place. [...] [Le chez-soi], c'est notre portrait de qu'est-ce qu'on vit là. [...] Tout ça se déroule là. [...] Le chez-soi va avoir un impact dans leur quotidien. (Intervenant, Santé mentale, Montréal)

Ainsi, le chez-soi est le lieu privilégié pour que l'intervenant soit témoin des habitudes de vie et du quotidien de la personne. En effet, les praticiens sont appelés à intervenir dans le milieu naturel des usagers, « dans la vraie vie » pour reprendre les mots de cette intervenante.

*[...] [Il y a] de la vaisselle, une viande qui dégèle, un conjoint qui est proche pis qui écoute un peu c'que j'fais comme intervention avec sa femme par exemple, pour moi c'est la vraie vie, c'est toute la quotidienneté. [...]
La télévision qui joue très fort parce que la personne est sourde, sourde, sourde. La femme de ménage qui arrive pendant l'entrevue. [...]* (**Intervenant, Soutien à domicile, Sherbrooke**)

Le chez-soi représentant le quotidien, la vie, le mouvement, nous apparaît donc un élément qui a fortement émergé dans le discours des usagers. Le professionnel est appelé à intervenir au cœur même de cette quotidienneté, ce qui lui offre plusieurs opportunités pour l'intervention, comme nous le verrons dans la prochaine section. Néanmoins, l'intervention dans ce milieu naturel comporte sa part de risques, comme il en sera également question ultérieurement.

5.1.2.6. *Le chez-soi comme zone de confort et d'aisance*

L'appropriation réfère finalement au confort et à l'aisance que l'habité peut retrouver à l'intérieur de son chez-soi. Flamand (2004) définit la notion de confort de la façon suivante :

Par « confort » [...] on entend l'ensemble des dispositifs domestiques assurant le bien-être des habitants d'un logement. La « confortabilité » d'un logement, comme on disait autrefois, vient d'abord de ce qui est équipé de toutes les commodités qui rendent la vie plus agréable et plus aisée [...] (*Flamand, 2004 : 89*).

Ainsi, plusieurs usagers ont discuté du confort et de l'aisance procurés par leur chez-soi.

*[Le chez-soi c'est] d'être bien avec ma personne aussi.
Ça englobe tout là un peu, mais un équilibre. [...]* C'est

un endroit paisible avec plein d'amour là. [...] Toujours une ambiance qui rapporte à la sérénité puis de... T'arrives chez toi, puis c'est comme (expiration), tu relaxes. T'es reposée, puis... tout le contraire de quand tu sors à l'extérieur, le stress puis tout. (Usager, Enfance/Jeunesse/Famille, Montréal)

Nous pouvons ainsi constater l'importance pour l'individu de se réfugier dans un endroit paisible où règne la sérénité. À la lecture de l'extrait retrouvé ci-haut, on peut remarquer l'aisance et le confort que l'habitant peut retrouver à l'intérieur de son chez-soi en marquant une frontière quant à un extérieur parfois anxiogène. Par ailleurs, les intervenants ont justement conscience du chez-soi en terme de confort. En effet, plusieurs professionnels ont discuté du confort du domicile procuré aux usagers. Certains intervenants constatent tous les bienfaits psychosociaux procurés par le chez-soi, et ce, en particulier pour les personnes vulnérables :

[Le chez-soi, c'est] le réconfort. [...] Monsieur [un usager] tient farouchement à rester à la maison parce que [...] il était heureux lui là. (Usager, Soutien à domicile, Sherbrooke)

Un chez-soi, c'est un sentiment de confort [...] Ils [les usagers] parlent du fait qu'ils sont bien chez eux. (Usager, Soutien à domicile, Montréal)

On peut donc constater que l'expérience de l'habiter est une source d'appropriation importante à considérer dans l'intervention. L'attachement de l'habité à son domicile et le sentiment de liberté et de contrôle que peut procurer l'expérience d'avoir un chez-soi, lorsque ce chez-soi offre des conditions favorables, doit être respecté par l'intervenant. Ce respect peut s'entrevoir autant dans le savoir-être que dans le savoir-faire de l'intervenant qui pénètre la sphère privée de l'utilisateur. Or, toutes les personnes n'ont pas la chance de retrouver ce bien-être au sein de leur domicile. En effet, certains usagers que nous avons rencontrés vivaient dans des conditions d'habitation parfois fort déplorables, tant sur le plan de la salubrité ou de la sécurité des lieux. Pensons par exemple à des usagers dont le domicile est situé dans des quartiers marqués par la criminalité,

comme nous l'avons vu chez certains usagers provenant de la région de Montréal.

Qui plus est, l'importance des adaptations architecturales dans le quotidien de la clientèle aux prises avec des limitations fonctionnelles est un autre élément important ayant émergé de notre analyse thématique. Le respect de l'expérience de l'appropriation de l'usager sur son chez-soi pose différents enjeux éthiques pour la pratique professionnelle, comme nous le verrons dans la prochaine section.

5.1.3. Intimité

Cet aspect de la sécurité ontologique réfère au caractère privé et intime du domicile. L'hébergement en institution s'oppose à la vie privée procurée par le chez-soi. L'intimité réfère également à l'inclusion et à l'exclusion des visiteurs, à l'accueil et à la méfiance. Flamand (2004) définit l'intimité de la façon suivante.

« Caractère de ce qui est intérieur et profond », nous dit Le Petit Robert. Évoquer l'intimité d'un logement, c'est noter la nature tout a fait privée de ce lieu, suffisamment clos sur lui-même pour qu'il y assure le confort de ses habitants, en même temps que leur retranchement physique du monde extérieur et leur protection de toute intrusion de personne étrangère. La langue anglaise dispose du mot privacy pour exprimer cette réalité, qui met peut-être mieux l'accent sur l'aspect « privé », par opposition à « public », de l'intimité domestique » (Flamand, 2004 : 175-176) ».

Nous avons classé les contenus thématiques suivants dans l'aspect de l'intimité : le caractère intrusif de l'intervention à domicile, l'institutionnalisation du domicile, le pouvoir d'exclusion, la notion de l'accueil et du seuil.

5.1.3.1. *Intrusion*

L'arrivée du professionnel dans un lieu aussi réservé que le chez-soi peut être perçu par certains usagers comme étant potentiellement intrusif. En effet, certains usagers ont démontré une attitude de méfiance envers les services sociaux qui représentent souvent une autorité législative, par

exemple en matière de retrait des enfants par l'entremise de la Protection de la Jeunesse.

Bien avant, j'avais toujours des réticences moi. Des services comme ça, puis... De mes amis qui avaient eu des mauvaises expériences. [...] J'ai entendu tellement d'histoires là, puis tout ça que j'ai dit tu sais tu ne veux pas te faire enlever tes enfants là ou... Malgré que j'ai, y'a aucune raison, mais ça te passe dans la tête un petit peu. (Usager, Enfance/Jeunesse/Famille, Montréal)

Les intervenants nous semblent justement conscients de cette intrusion dans l'intimité de la personne.

C'est clair que je rentre dans l'intimité de quelqu'un. C'est l'intimité. Je le vois vraiment, vraiment comme ça. (Intervenant, Enfance/Jeunesse/Famille, Sherbrooke)

Pour la personne, bien c'est sûr on rentre dans leur intimité, fait que y faut rentrer comme très doucement quand on arrive à quelque part. [...] On est des intrus. (Intervenant, Soutien à domicile, Montréal)

Par ailleurs, l'aspect normalisateur de la pratique est reconnu par un intervenant, car il se soucie de l'intrusion de l'institution dans le « dernier retranchement identitaire » des personnes vulnérables au programme de santé mentale.

Tu représentes une institution. [...] Parfois, dans la nature des interventions, le client peut être amené à se mobiliser, à ne pas être comme lui-même chez lui. Là, il y a comme une contamination du lieu durant ta présence. [...] L'institution, elle rentre dans le dernier retranchement. [...] Cet espace-là devient un lieu où la menace est présente à quelque part. La menace identitaire. [...] Parce qu'on est avec des clientèles fragiles. (Intervenant, Santé mentale, Montréal)

Cette conscience du caractère potentiellement intrusif de l'intervention à domicile aurait, selon les résultats de notre analyse thématique, une certaine influence sur les attitudes du professionnel qui entre dans la sphère privée de l'usager. Plusieurs intervenants ont mentionné que la délicatesse était de mise à l'occasion de visites à domicile.

Je reste une personne qui vient... intrusive là. Je viens lui dire un petit peu quoi faire, alors il faut y aller avec doigté. (Intervenante, Santé mentale, Montréal)

Tout comme nous avons pu le constater à la lecture de cet extrait, l'intervenante exprime la délicatesse avec laquelle l'intrusion doit se faire. Nous pouvons donc affirmer que la prise en compte de la sécurité ontologique de l'utilisateur, en particulier la prise en compte de l'aspect de l'intimité, se traduit à travers le savoir-être de l'intervenant. Par ailleurs, l'importance d'une attitude empreinte d'empathie, de respect et de tact a été exprimée par d'autres intervenants.

Rentrer dans l'intimité de quelqu'un, il faut quand même un certain tact là, pour que ça se fasse avec courtoisie, avec respect. [...] À tous égards, c'est encore dans un lien de respect là. [...] Je respecte ce silence-là aussi puis bon je suis un visiteur (rire). Je suis un simple visiteur puis bon, je respecte ça aussi. (Intervenant, Santé mentale, Montréal)

Le respect de l'intimité de la personne passe également par une attitude de pudeur et de réserve de la part de l'intervenant. Par exemple, cette intervenante nous a mentionné qu'alors qu'elle accompagnait une personne dans ses tâches ménagères, elle évitait de se rendre dans les pièces à caractère intime du logement.

Alors c'était elle a s'occupait de la chambre de son p'tit garçon puis de fois, euh ou bien, euh des fois, y a des montagnes de vaisselle c'était bon bien en jasant a faisait la vaisselle pis j'plaçais la vaisselle. Mais c'tait clair que...J'me souviens j'avais dit : « ben là, ta chambre t'es capable de t'arranger avec ça puis la salle de bain aussi. (Intervenant, Santé mentale, Sherbrooke)

La prise en compte de l'intimité de la personne se traduit également chez l'intervenant par l'entremise d'une attitude de reconnaissance envers la personne usagère qui veut bien accepter que l'on pénètre son chez-soi, comme nous le démontrent ces deux extraits d'entrevues.

[C'est important] d'apprécier qu'ils me fassent confiance, puis qu'ils me permettent d'intervenir dans leur vie. (Intervenante, Soutien à domicile, Sherbrooke)

On est privilégié d'entrer là et les gens souvent y a des secrets, y a une histoire qui est rattachée au milieu de vie, à la maison, au logement et c'est précieux. (Intervenante, Soutien à domicile, Sherbrooke)

Le savoir-être du professionnel passe aussi par une attitude d'empathie. Par exemple, la conscience de l'intimité amène l'intervenant à outrepasser un paradigme fonctionnaliste et normalisateur.

Je suis porté à avoir une perception plutôt positive de mes clients. Je ne suis pas très normatif. [...] J'arrive pas avec des sabots d'intervenant qui a le goût de réparer les vies tout croche. J'aimerais pas qu'on répare la mienne. Puis je pense que tous les humains sont à quelque part un peu croche. (Intervenant, Santé mentale, Montréal)

En contrepartie, certains intervenants ont démontré dans leur propos une attitude plus intrusive dans leur pratique à domicile. À la lumière de notre analyse thématique, il apparaît que cette attitude semble davantage présente chez les psychoéducateurs, dont la fonction a justement des visées normalisatrices. Voici donc deux extraits de psychoéducateurs qui démontrent le caractère intrusif de l'intervention à domicile.

Vous dites à la cliente « si vous voulez, on va travailler ensemble la prochaine étape, ça va être le grand ménage. Moi je vous demande que d'ici la prochaine rencontre... » Elle comprenait, bon c'est sûr qu'était un petit peu sur la défensive, mais là j'ai dit « c'est ça. ». [...] Écoute, c'est une première limite et une condition de travail. [...] Alors un moment y'avait des limites à être tolérant. (Intervenant, Enfance/Jeunesse/Famille, Montréal)

Il faut être beaucoup plus directif que dans le bureau parce que je n'ai pas un client qui accepte le doigt. [...] Surtout quand qu'on fait des rencontres familiales, avec tous les enfants, on débranche le téléphone en commençant. [...]. Des fois faut que je donne des directives. Ok, viens ici. [...] Donc, ça me demande ça. J'ai beaucoup d'intervention à faire pour qu'on ferme la tv. (Intervenant, Enfance/Jeunesse/Famille, Sherbrooke)

Du point de vue des usagers, ces derniers apprécient particulièrement le fait que les intervenants respectent leurs choix et évitent une trop grande intrusion dans leur vie.

They [home care workers] made suggestions. But it's always like "this is a suggestion. The choice is yours." And I never felt in any way they were critical. [...] (Usager, Enfance/Jeunesse/Famille, Montréal)

5.1.3.2. *Institutionnalisation du domicile*

En lien avec le caractère intrusif de l'intervention à domicile, la perte d'intimité et d'appropriation attribuables au phénomène de l'institutionnalisation du domicile (Taam, 1999) a été exprimée par certains usagers, tous issus essentiellement du secteur Soutien à domicile. En effet, le taux de roulement important des intervenants demande une grande capacité d'adaptation aux usagers notamment à l'égard de différentes façons de faire des auxiliaires de la santé et des services sociaux.

Ah il n'a bien une dizaine de personnes qui viennent [pour les médicaments]. [...] Le personnel du CLSC, quand il change trop, je viens gênée un peu. Ça me dérange. Ça me gêne, surtout pour le bain. Parce que t'as des jeunes qui viennent là. Fait que c'est gênant à peu près là. [...] Ou bien des plus vieilles même qui remplacent, ça me gêne qu'ils soient là. [J'ai eu] deux, trois [remplaçantes]. (Usagère, Santé mentale, Montréal)

Nous pouvons ainsi constater que le roulement d'intervenants peut importuner les personnes recevant des services à domicile. Par ailleurs, les intervenants ont exprimé leur sensibilité à l'égard de ce risque d'institutionnalisation du domicile chez les clientèles requérant une

intensité importante de service et parfois des équipements spécialisés pour pallier les limitations fonctionnelles, par exemple au secteur du soutien à domicile. Ainsi, il semble que l'offre de service effectuée par les intervenants se fait avec la conscience du respect de l'intimité et de l'intégrité de la personne.

Pour que ça soit optimal au plan humain, cette personne-là, y faut pas trop s'ingérer dans la vie ou justement s'installer, institutionnaliser le domicile. [...] Des gens [...], y ont des services, mais c'est jamais la même personne qui va. [...] Y'a beaucoup de roulement-là. Des fois, ça peut être difficile pour la personne au niveau du lien là. (Intervenant, Soutien à domicile, Sherbrooke)

[Dans un dossier] on a mis 15 services par semaine, plus deux services par jour de médication [...], facque la madame quand je vais la rencontrer de me dire : y a pas mal de monde qui rentre ici. J'ai dis moi j'vous comprends madame. [...] On a coupé de 50 % au moins le temps que ça pas finit de se rétablir, mais madame ça donne un second souffle. (Intervenant, Soutien à domicile, Sherbrooke)

Rappelons que Taam (1999) affirme que le risque d'institutionnaliser le domicile, en y introduisant une grande intensité de services en plus d'y intégrer divers équipements et adaptations architecturales constitue un phénomène qui est ignoré, ou du moins peu considéré par les intervenants et par les programmes sociaux. À l'opposé, il nous semble que les intervenants interviewés démontrent une certaine sensibilité à l'égard de ce phénomène qu'est l'institutionnalisation de l'espace domiciliaire. Par exemple, comme nous l'avons démontré dans les extraits précédents, cette conscience se traduit ici encore par une attitude empathique et adaptable de l'intervenant en reconnaissant que les services à domicile peuvent parfois être intrusifs pour la personne.

5.1.3.3. *Accueil et seuil*

Les usagers ont ainsi discuté de l'accueil et de l'inclusion des visiteurs dans leur domicile. À ce titre, certaines personnes recevaient peu ou pas de visite

chez elles et la venue de l'intervenant constituait à peu près la seule visite régulière. D'autres personnes nous ont mentionné qu'elles recevaient régulièrement des visiteurs. Ces personnes éprouvaient du plaisir à recevoir des amis et de partager un repas.

J'ai des amis qui vont venir ici... Tout le monde aime ça venir chez C. Tout le monde aime ça venir manger de la pizza à C. Manger la soupe aux légumes à C., de faire la salade de chou à C. Généralement le monde [...] Ils aiment ça, ils m'appellent, on peut-tu aller chez vous? (Usagère, Enfance/Jeunesse/Famille, Sherbrooke)

À l'occasion oui [j'ai de la visite]. [Mes amis] viennent, ils prennent le café, ils jasant, ils viennent manger. On se commande une pizza... Quelque chose de bien facile, de bien simple. (Usager, Soutien à domicile, Sherbrooke)

Les intervenants ont aussi discuté de la notion d'accueil relié à l'intimité du chez-soi. Pour certains professionnels, l'accueil que leur réservent les usagers dans leur intimité constitue une grande marque de confiance.

Ils [les usagers] m'acceptent chez eux, dans leur intimité. Ils me reçoivent [...] [Le chez-soi], c'est un lieu d'accueil des gens que j'apprécie. (Intervenant, Santé mentale, Montréal)

Comme nous le verrons dans la section portant sur les enjeux de l'intervention à domicile, l'accueil de l'intervenant dans la sphère privée de l'utilisateur peut comporter des enjeux aux plans de la proximité relationnelle et de la distance professionnelle. Néanmoins, les intervenants ont discuté de l'importance d'accepter l'accueil que les usagers tenaient à leur réserver lors de visites à domicile, comme l'a mentionné cette intervenante lors de l'entrevue de groupe de Sherbrooke.

À la minute où la dame qui reçoit [un intervenant] dans son milieu décide de lui servir quelque chose, y fait comme un peu partie de la famille. [...] Tu sais on prendra pas un souper-là. Mais elle va donner des p'tites bouchées tout ça. Et c'est [...] elle est prête à s'ouvrir à d'autres choses et moi j'trouve que c'est le partage, quand on r'gardait tant, de toute son identité qu'on fait, et de son intimité. [...] Et moi j'trouve que

c'est comme si quelqu'un te dit « T'es chez nous, j'suis bien quand t'es là et j'te fais confiance. » Moi j'pense que c'est comme une flatterie qu'on a, et on a surtout pas à refuser parce qu'on les blesse. (Intervenant, Enfance/Jeunesse/Famille, Sherbrooke)

Nous pouvons donc constater que la notion d'accueil représente un élément important lorsque l'on traite de l'intervention à domicile en regard à la sécurité ontologique.

5.1.3.4. *Pouvoir d'exclusion*

Le fait d'avoir un chez-soi procure à l'individu un pouvoir d'inclure ou d'exclure les visiteurs de leur domicile (Twigg, 2000). Comme le mentionne Flamand (2004) en regard de l'accès des visiteurs au domicile, tous les lieux, toutes les pièces ne sont pas également ouverts à toute personne étrangère à l'habité. C'est le degré d'intimité et de confiance qui déterminera jusqu'à quel degré le visiteur pourra pénétrer dans l'espace domestique et ses multiples seuils. En ce sens, une jeune femme ayant vécu de la violence conjugale par le passé nous a mentionné sa résistance à accueillir des visiteurs à son domicile, laissant entrer chez elle uniquement les amis proches et la famille.

J'invite pas beaucoup de monde pour l'instant ici. Parce que j'ai vécu beaucoup de danger. Donc j'essaie de garder ma place privée. [...] J'ai tellement eu des malheurs [...] c'est juste ma famille puis mes amis proches qui viennent ici. (Usagère, Enfance/Jeunesse/Famille, Sherbrooke)

Le fait de restreindre l'accès de son chez-soi aux visiteurs parle aussi de l'aspect du pouvoir d'exclusion qui a été abordé par quelques personnes. La méfiance de cette jeune femme victime de violence conjugale que nous venons d'aborder en est un exemple. Une autre personne a affirmé qu'elle ne recevait pratiquement aucun visiteur, mis à part son intervenant, parce qu'elle était gênée du désordre qui régnait dans son logis. La vaste majorité des usagers de Sherbrooke et de Montréal a affirmé n'avoir jamais chassé d'intervenants de leur domicile. Néanmoins, certains usagers ont mentionné qu'ils restreignaient l'accès aux visiteurs à certaines pièces de

leur chez-soi. Les raisons de cette restriction d'accès invoquées étaient le caractère très intime de certains espaces (par exemple la chambre à coucher) ou encore le désir de dissimuler un désordre de certains espaces.

La pièce de ma compagne. C'est persona non grata. Même pas. Y'a pas d'affaires là. (Usager, Soutien à domicile, Montréal)

Nous pouvons ainsi constater, à la lecture de cet extrait, que cet usager exerce un pouvoir d'exclusion en empêchant les auxiliaires de soins d'avoir accès à la chambre de sa conjointe. Un autre usager de Sherbrooke recevant des services de soutien à domicile par des auxiliaires de soins nous a affirmé que lui et sa conjointe de l'époque (qui était elle aussi en perte d'autonomie) ont déjà mis une auxiliaire à la porte parce qu'il était mécontent de son attitude. Enfin, une usagère nous a raconté qu'elle avait failli mettre une intervenante à la porte à la suite d'un conflit. Les intervenants ont justement conscience du pouvoir d'exclusion des personnes usagères et de l'importance des frontières de l'intimité.

Il y a des familles que je vais là depuis longtemps puis j'ai jamais vu les chambres. (Intervenant, Enfance/Jeunesse/Famille, Sherbrooke)

Aussi, un intervenant de Montréal a mentionné qu'il se devait de respecter le refus de services à domicile de la clientèle.

Ils [les usagers] ne sont pas obligés de nous accepter. Ça veut dire « moi je ne veux pas que vous veniez chez nous, je vais aller au bureau ». J'ai des clients que j'ai jamais vus en deux ans leur maison. Ils ne veulent rien savoir. (Intervenant, Santé mentale, Montréal)

Par ailleurs, ce refus des services à domicile par les usagers pose différents enjeux pour la pratique professionnelle, comme nous le verrons dans la section portant sur les enjeux pour la pratique professionnelle. D'autres intervenants voient d'un œil positif le fait que l'utilisateur dispose du pouvoir d'accepter ou de refuser le service à domicile. Ce pouvoir d'exclusion de l'utilisateur peut permettre à l'intervenant de s'assurer de son consentement à l'égard de l'intervention proposée.

L'aspect positif pour qu'on aille à domicile faut que la personne veuille. Alors déjà tu sais on est dans une position [...] [elle] ouvre la porte, on est l'invité.
(Intervenant, Santé mentale, Sherbrooke)

Le pouvoir d'inclure ou d'exclure des visiteurs dans sa sphère intime que représente le domicile est intimement lié à la notion de seuil invoquée par Flamand (2004). Franchir un seuil, c'est en effet l'acte de passer de la sphère publique à la sphère privée. « Et cela ne doit pas se faire inconsidérément, il faut même y avoir été convié : on est alors convié à partager ce qui est dedans, l'intérieur secret, sacré, de la maison, à l'opposé d'un dehors profane ouvert à tous les vents, à tout inconnu. » (Flamand, 2004 : 255)

À cet égard, il nous apparaît que les intervenants ont justement conscience de cette délicatesse que représente l'acte de franchir le seuil du domicile de l'utilisateur. Par exemple, une intervenante nous a mentionné l'importance de respecter l'intimité et la pudeur de la personne. Lorsque cette intervenante entre chez une personne, elle sent le besoin de demander où déposer son manteau, son sac, etc. Ainsi, cette intervenante ressent le besoin de respecter les frontières, le seuil de l'intimité de la personne. La thématique de l'importance pour l'utilisateur d'avoir un pouvoir sur l'inclusion ou l'exclusion des visiteurs du domicile est donc un aspect important à prendre en compte dans la pratique à domicile.

Bref, nous pouvons constater que l'aspect de l'intimité est un élément majeur à prendre en compte lors d'une intervention psychosociale à domicile. Nous avons vu le caractère délicat et intime du domicile pouvant susciter un sentiment de méfiance et d'intrusion chez certaines personnes usagères. Le degré d'ouverture de l'utilisateur en regard de l'accueil réservé à l'intervenant venant le visiter à domicile en dit long sur la relation de confiance pouvant s'installer entre la personne et le professionnel.

5.1.4. Sécurité

La sécurité comme élément constitutif du concept de sécurité ontologique réfère au chez-soi en tant que zone de protection majeure. Le chez-soi constitue un refuge contre les dangers extérieurs (Mallet, 2004; Taam, 1999). De plus, il appert que le chez-soi est également considéré par l'individu tel un refuge contre les dangers extérieurs, « home as a heaven » (Mallet, 2004). Comme le mentionne Bachelard (1964), « la maison a des bras pour nous protéger ». Pour Hulse et Saugeres (2008), la sécurité procurée par le chez-soi réfère à la structure physique et matérielle du domicile dans laquelle l'habité se sent en sécurité. Pour les personnes usagères des services de santé mentale, le chez-soi est assimilé « à un port dans une tempête », car il contribue à un sens de continuité et de sécurité dans des situations où les services de santé et de services sociaux sont souvent vécus de façon discontinue et fragmentée (Borg, 2007).

En ce qui a trait à la sécurité, il a émergé différents sous-thèmes issus de notre analyse thématique des entrevues effectuées tant auprès des intervenants que des usagers. Le chez-soi en tant que refuge a été un premier élément ayant ressorti du discours des participants, puis les conditions du logement sont un autre élément émergent. De plus, le sous-thème des épreuves de l'habité dont sont victimes les personnes usagères de services à domicile a également émergé de notre analyse.

5.1.4.1. *Le chez-soi en tant que refuge*

La sécurité procurée par le chez-soi réside par le fait qu'il constitue d'abord et avant tout un refuge contre les dangers extérieurs. Cette notion de refuge a été abordée par certaines personnes usagères. Par exemple, une personne ayant vécu de la violence conjugale a abordé le fait que son chez-soi représentait un refuge contre le retour potentiel de son ex-conjoint violent.

*Tu sais je suis quand même en sécurité, les policiers sont là, au pire si y a quelque chose je suis sûre si j'crie mes voisins vont m'entendre, j'peux toujours appeler en tout temps... j'pense que [j't'en sécurité chez moi]. Si [mon ex-conjoint] arrivait un jour la nuit, ben c'est sûr que j'peux utiliser quelque chose comme moyen de défense.
(Usager, Enfance/Jeunesse/Famille, Sherbrooke)*

D'autres usagers ont invoqué la notion de protection pour définir leur représentation du chez-soi.

Pour moi, [le chez-soi], c'est une protection [...] Je suis à l'abri. De toutes les façons possibles. (Usager, Santé mentale, Montréal).

Les intervenants ont également discuté eux aussi de cette notion de refuge procurée par le chez-soi.

[Le chez-soi, c'est] comme un petit cocon de sécurité finalement. (Intervenant, Enfance/Jeunesse/Famille, Montréal)

[Le chez-soi, c'est un] lieu, un refuge par rapport à tout ce qui peut se passer à l'extérieur. (Intervenant, Santé mentale, Sherbrooke)

Par ailleurs, bien que le chez-soi puisse représenter un refuge et une sécurité pour certaines personnes, nous verrons dans les prochaines sous-sections que le chez-soi peut, en contrepartie, représenter pour d'aucun une source d'insécurité, comme le démontrent les travaux de Hulse et Saugeres (2008) que nous avons déjà cités. Les prochains sous-thèmes, soit celui des épreuves de l'habité et celui des conditions du logement et du quartier, démontrent que l'insécurité associée au chez-soi peut s'avérer une expérience particulièrement difficile pour certains individus. Or, nous démontrerons également que cette insécurité nous apparaît comme un élément qui a peu émergé du discours des intervenants.

5.1.4.2. *Épreuves de l'habité*

Comme nous venons de l'évoquer, le chez-soi n'est pas que source de sécurité, mais il peut également s'avérer une source d'insécurité. En ce sens, certains usagers ont discuté d'insécurités vécues à l'intérieur du chez-soi. En effet, plusieurs participants ont vécu différents traumatismes et différents abus à l'intérieur de leur domicile : plus des deux tiers des usagers interrogés ont vécu des « épreuves de l'habité », c'est-à-dire des traumatismes passés vécus au domicile. Le thème des épreuves de l'habité a surtout été abordé par les usagers de Montréal, où six personnes sur neuf

ont affirmé vivre des traumatismes passés ou actuels à leur domicile. Du côté des usagers de Sherbrooke, cinq usagers sur dix ont livré des expériences traumatisantes en liens avec le domicile. À titre d'exemple, une usagère de Montréal a été témoin de la mort par surdose de drogue de deux personnes dans son appartement, ce qui n'est pas sans conséquence sur sa façon de vivre le chez-soi et les services à domicile. Aux dires de son intervenant, son attitude générale est détachée et légère, ce qui rend son implication dans l'intervention plus ardue et inconsistante.

Cette dame-là, par exemple, il y a deux personnes qui ont fait des overdoses à son ancien appartement, qui en sont décédées. [...] La dame, elle, c'est un peu plus à la légère, mais ça fait partie d'une attitude qui est plus légère. [...] Elle prend ça moins au sérieux. Mais en même temps, je pense qu'y faut prendre ça moins au sérieux quand t'as deux personnes qui sont déjà mortes chez toi. (Intervenant, Soutien à domicile, Montréal)

Les personnes fragilisées sont particulièrement vulnérables à ces « épreuves de l'habité » (Serfarty-Garzon, 2003). En ce sens, les participants nous ont livré avoir vécu diverses expériences de violence, de cambriolage ou encore des épisodes psychotiques qui se sont vécus à domicile. Le fait d'être victime d'abus à l'intérieur même de son chez-soi provoque en effet un traumatisme qui vient transformer le rapport de l'habitant à son domicile (Debout, 2001). Une recension des écrits de 18 recherches nord-américaines révèle clairement que les personnes souffrant de troubles mentaux graves, particulièrement les femmes, sont vulnérables aux abus et aux sévices à leur domicile, par exemple le phénomène de violence conjugale (Morin, Ghosn, Dorvil, 2003). Lorsqu'une femme est agressée dans son chez-soi, son intégrité est menacée, et la sécurité initiale se trouve transformée en une source d'insécurité constante. La sécurité associée au chez-soi est « détruite par le traumatisme » lié à l'agression (Thomas et Dittmar, 1995).

Les résultats de l'étude de Hulse et Saugeres (2008) abordent également les insécurités vécues par les femmes à l'intérieur de leur domicile attribuables

à des agressions vécues à l'intérieur de l'espace domestique. Les auteures mentionnent que pour les femmes confrontées à ces expériences, le chez-soi n'est plus synonyme de refuge et de sécurité, mais un lieu de violence, d'abus et d'oppression. Ces traumatismes vécus par les usagers amènent bien souvent comme conséquence un sentiment de méfiance envers les visiteurs pénétrant leur chez-soi, y compris les intervenants dispensant des services psychosociaux à domicile. Par exemple, cette jeune femme ayant vécu une expérience de violence conjugale exprime sa méfiance envers les visiteurs.

J'invite pas beaucoup de monde pour l'instant ici. Parce que j'ai vécu beaucoup de danger. Fait que j'essaie de garder ma place privée. [...] J'ai tellement eu des malheurs [...] c'est juste ma famille, puis mes amis proches qui viennent ici. (Usagère, Enfance/Jeunesse/Famille, Sherbrooke)

Aussi, cette dame exprime avoir été victime de violence domestique de son ex-conjoint en plus d'avoir été harcelée sexuellement par le propriétaire de son immeuble.

My son's father was violent and I had to flee. [...] [My son's adolescence] hit and it was an eruption of violence. [...] It got totally out of hand and became threatening in the home. [...] He's punched me hard enough that I had to call the police. [...] On top of it all. [...] I was sexually harassed by the landlord. [...] So I have so many unbelievably bad memories here. I want to move. (Usagère, Enfance/Jeunesse/Famille, Montréal)

Nous pouvons constater à quel point le lieu où se vivent les abus peut être porteur de mauvais souvenirs et affecte le sentiment de sécurité au sens ontologique du terme. Selon notre analyse thématique, ce phénomène des épreuves de l'habité semble peu connu par les praticiens ou peu pris en compte dans la pratique professionnelle. Néanmoins, quelques intervenants ont abordé la question des traumatismes et de leurs incidences sur la conception du chez-soi de l'individu.

Je pense que ça [traumatisme] teinte le quotidien de la personne, donc la perception que la personne peut avoir

sur son chez-soi et la manière de l'aménager. [...] J'ai l'impression que les gens qui ont vécu un trauma, ils sont moins soucieux d'aménager la maison. [...] Ou d'autres fois, on est contents, finalement tout ce qu'on a souffert, maintenant c'est bien, on a une maison. (Intervenant, Enfance/Jeunesse/Famille, Sherbrooke)

5.1.4.3. Conditions du logement et du quartier

Si le chez-soi constitue un refuge et une zone de protection majeure, pour plusieurs personnes usagères de services à domicile, nous venons de voir que le rapport au chez-soi constitue une expérience ponctuée de difficultés.

Un autre élément des résultats de notre analyse thématique tend à démontrer que la qualité de vie du quartier où les personnes doivent habiter transforme bien souvent leur sentiment de sécurité et de refuge en source d'insécurité. Plusieurs usagers ont ainsi exprimé leur insécurité à l'égard de leur quartier et de leur voisinage. Ce thème a fortement émergé dans la région de Montréal, où six personnes sur neuf ont affirmé vivre de l'insécurité dans leur quartier. En contrepartie, une seule personne usagère de Sherbrooke a affirmé vivre de l'insécurité dans son quartier.

En ce sens, malgré les différences décelables parmi les personnes usagères de services ayant participé à l'étude, un aspect déterminant du rapport au domicile se dégage de l'ensemble des personnes interviewées : leur statut de locataires. De fait, la vaste majorité des usagers qui a pris part à notre étude étaient locataires. Loin d'être négligeable, cette réalité comporte une influence certaine sur l'expérience de sécurité ontologique des personnes usagères de services à domicile, puisque la sécurité ontologique correspond à un sentiment de constance et de stabilité des êtres et des choses (Giddens, 1995).

Qui plus est, on peut constater qu'une majeure partie de la clientèle recevant des services psychosociaux à domicile vit dans des conditions d'habitation précaires ou insalubres situés dans des milieux à faibles niveaux socioéconomiques et dans des quartiers difficiles, en particulier dans un grand centre urbain comme Montréal. Ces piètres conditions

viennent certainement compromettre la sécurité vécue de l'habité. Fait intéressant, si les usagers ont discuté de l'insécurité face à leur quartier et leur voisinage, les intervenants, comme nous le verrons, ont davantage discuté des piètres conditions des habitats.

Je suis à la limite d'un quartier pas vraiment recommandable. [...] Assez que le jour, des fois le jour je vais passer par ce côté-là avec mon auto, mais jamais le soir je vais passer par là. (Usager, soutien à domicile, Sherbrooke)

D'autres usagers ont discuté de leur crainte à l'égard de la sécurité de leur quartier pouvant être néfaste pour eux-mêmes et pour leurs enfants. En effet, plusieurs usagers résidant dans la région de Montréal évoluent dans des quartiers où se vit un certain nombre de problèmes sociaux, tels que la criminalité, la délinquance, etc. À cet égard, Hulse et Saugeres (2008) soulignent l'importance primordiale de la sécurité de l'habité, et ce, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du domicile.

J'aime pas le quartier. [...] Il y a beaucoup plus de délinquance. J'ai vu qu'il y avait plus de petites gangs dans le coin. [...] Il faut que je tienne mes enfants serrés. [...] J'ai été obligée de couper des amitiés à mes enfants. [...] Des jeux que je voyais qu'ils faisaient, puis que j'étais pas d'accord, puis que ça amenait à une sorte de gambling. [...] Je trouve beaucoup aussi dans le quartier c'est beaucoup vulgaire. (Usager, Enfance/Jeunesse/Famille, Montréal)

That was a rough neighbourhood. There are a lot of fires on the street. [...] It's poverty. I don't know any of my neighbours. [...] They're loud. There was a raid next door [...] People are not friendly. [...] My son has been attacked at the play ground because he's different. [...] The kids are largely unsupervised. [...] So I've felt threatened. I feel isolated in this neighbourhood [...] with cement surrounding us. (Usager, Enfance/Jeunesse/Famille, Montréal)

Si plusieurs usagers ont discuté de la sécurité de leur quartier, certains intervenants ont plutôt abordé l'état du logement portant parfois atteinte à la sécurité de l'habité ou des visiteurs.

Quand j'avais été à [ce domicile], j'ai failli [...] débouler les escaliers qui branlaient. (Intervenant, Soutien à domicile, Sherbrooke)

Ces extraits nous ont permis d'illustrer comment les piètres conditions du logement dans lesquelles certaines personnes doivent évoluer peuvent venir bouleverser le sentiment de sécurité de ces dernières.

En somme, nous pouvons voir que la sécurité associée au chez-soi peut, dans certaines situations, être synonyme de refuge, de confort et d'aisance de l'habitant et, en ce sens, il représente une zone de protection contre les dangers extérieurs (Mallet, 2004). Par ailleurs, les intervenants nous ont révélé une conscience de l'importance de ce besoin de sécurité des usagers pouvant être procurés par le chez-soi. Or, nous avons vu que les traumatismes vécus par l'habitant à l'intérieur de son domicile viennent transformer son rapport au chez-soi et occasionnent un sentiment d'insécurité constant et une méfiance face au monde extérieur. Cette réalité nous apparaît comme un élément qui mérite d'être considéré dans la pratique à domicile.

De surcroît, nous avons vu que le sentiment de sécurité est grandement affecté par le contexte socioéconomique dans lequel l'individu évolue que la précarité des conditions d'habitation peut affecter ce rapport à la sécurité. En ce sens, un quartier et un voisinage marqués par la violence et la criminalité, de même que les piètres conditions matérielles du logis peuvent affecter le rapport de l'habitant à son domicile. Si certains intervenants ont exprimé une conscience de ce phénomène d'insécurité vécue par l'habitant, nous croyons que cette réalité mériterait d'être mieux connue.

Somme toute, nous pouvons voir que le sens donné au chez-soi pour l'individu se veut un concept socialement construit. Le principal résultat percutant de notre analyse thématique est le fait que contrairement à ce que nous a révélé notre recension des écrits, les professionnels prennent généralement en considération l'expérience de la sécurité ontologique des

usagers. Cette prise en compte se dénote par le savoir-être et le savoir-faire des intervenants, ce qui nous démontre le caractère essentiellement relationnel de l'intervention à domicile, comme nous l'a démontré certains auteurs, tels que Soulet (1997).

L'aspect de l'identification est le thème ayant le plus émergé de notre analyse thématique, et ce, tant du côté des usagers que du côté des intervenants. Les thèmes portant sur la décoration, la propreté, l'histoire et la mémoire, ainsi que le chez-soi comme source d'accomplissement et de développement sont les thèmes les plus récurrents et les plus communs dans le discours des usagers et des intervenants. Le thème du chez-soi en tant que reflet de l'image de soi a fortement ressorti du discours des intervenants. Ainsi, nous avons vu que le chez-soi comporte une forte teneur identitaire. En effet, le chez-soi représente un reflet de la personnalité de l'individu, qui peut s'entrevoir, notamment par la façon dont les lieux sont investis et décorés, ou encore par la présence d'objets symboliques dans le domicile. Cette représentation identitaire peut offrir plusieurs opportunités pour faciliter l'évaluation psychosociale du professionnel, comme nous le verrons dans la prochaine section.

De surcroît, l'expérience d'habiter est une source d'appropriation. En effet, nous avons vu qu'habiter un chez-soi procure à la personne un sentiment de contrôle et de liberté, de même qu'un sentiment de confort et d'aisance. Le besoin d'enracinement et la stabilité sont aussi des éléments importants qui ont fortement ressorti de notre analyse thématique des entrevues avec les usagers et les intervenants. Nous avons dénoté dans le discours des usagers que le chez-soi est pour eux synonyme d'autonomie, de contrôle et de liberté.

Nous verrons dans la seconde section de nos résultats que ce respect du besoin de contrôle, d'enracinement et de stabilité pose différents enjeux éthiques pour l'intervention et pose un dilemme entre la bienfaisance et le respect de l'autonomie. Les frontières procurées par le domicile permettent également à l'habitant de marquer une différence entre la sphère privée et

la sphère publique. C'est pourquoi la visite de l'intervenant au chez-soi de la personne usagère peut être perçue comme un acte potentiellement intrusif. En ce sens, l'intrusion de l'institution, par l'entremise de l'intervenant, dans le dernier retranchement de l'individu, pose différents enjeux pour la pratique professionnelle, comme nous le verrons. Cette intrusion pose également le risque de transformer le caractère privé du domicile en un chez-soi institutionnalisé, caractérisé par un haut taux de roulement de personnel et par la présence d'équipements médicaux. Le caractère intime du domicile fait appel, chez les intervenants, à des attitudes de délicatesse et de respect de la vie privée de l'occupant des lieux. Cette intimité pose par moments certaines malaises chez les intervenants, par exemple quant à l'information reçue malgré eux lors de visites à domicile.

Par ailleurs, nous avons vu que le sentiment de sécurité des usagers, procuré par l'expérience d'habiter un chez-soi, est marqué par la fragilité et la précarité. Étant donné que plusieurs usagers que nous avons rencontrés vivent dans une situation socioéconomique précaire, ces derniers doivent bien souvent vivre dans des logements en piètre état, venant affecter leur sentiment de sécurité. Pourtant, nous avons vu que l'aspect de la sécurité est l'élément qui est le moins pris en compte dans l'intervention, en particulier en ce qui a trait aux phénomènes des épreuves de l'habité et les traumatismes vécus à domicile.

En terminant, nous tenons à souligner que le caractère imbriqué des quatre éléments de la sécurité ontologique a rendu complexe notre classification. Néanmoins, notre effort de croisement des éléments thématiques en lien avec les quatre éléments doit être vu davantage comme une démarche compréhensive de la pratique à domicile en regard du processus de sécurité ontologique. Notre définition de chacun des aspects (sécurité, intimité, identification, appropriation) peut se recouper ou se déconstruire. Néanmoins, nous croyons que notre effort de conceptualisation peut

s'avérer une richesse pour la compréhension et le renouvellement des pratiques à domicile.

Après avoir présenté le cœur de notre recherche que représentent la signification du chez-soi et la prise en compte de la sécurité ontologique dans l'intervention psychosociale à domicile, il convient de poursuivre la présentation de notre démarche d'analyse thématique en présentant les risques, les opportunités et les enjeux de l'intervention psychosociale à domicile.

5.2. Enjeux de l'intervention à domicile pour la pratique professionnelle

À la lumière de nos entrevues individuelles et de groupes réalisées auprès des professionnels qui effectuent des interventions à domicile ainsi que des entrevues individuelles effectuées auprès des usagers, il ressort que l'intervention à domicile suscite chez les intervenants et les usagers un bon nombre d'ambivalences. Intervenir à domicile, comme recevoir un professionnel à domicile, comporte à la fois différentes opportunités pour la pratique professionnelle, par exemple l'accès au contexte de vie d'un usager, mais aussi sa part de risques, par exemple celui du brouillage de la frontière entre l'espace privé et l'espace public de l'intervention.

Dans la présente section, nous vous présentons en premier temps, selon les points de vue respectifs des usagers et des intervenants, les aspects positifs de l'intervention psychosociale à domicile qui ressortent de ces entrevues. Par la suite, les tensions et les paradoxes inhérents à ce type de travail sont l'objet de la démonstration.

5.2.1. Opportunités de l'intervention à domicile

5.2.1.1. Évaluation psychosociale facilitée, image plus juste et plus globale de l'usager

Si les intervenants semblent être tout à fait conscients que le domicile constitue une source d'identification pour l'individu, ces derniers estiment que le principal avantage d'intervenir à domicile se situe essentiellement à un niveau clinique, ou étiologique, c'est-à-dire comme catégorie clinique permettant l'évaluation de la situation. Ainsi, l'intervention à domicile constitue, pour l'ensemble des intervenants que nous avons rencontrés, une

condition privilégiée pour effectuer une évaluation psychosociale de la personne usagère plus pertinente. Cette modalité d'évaluation leur fournit une image plus juste et plus globale de cette dernière.

*On les voit dans leur environnement immédiat [...], ça peut aller jusqu'aux habitudes de vie. On vérifie beaucoup de choses dans une maison, autant la sécurité que. [...] On va dans le frigidaire. [...] Je vais toujours à la salle de bain [...] s'ils se lavent. [...] Je vérifie dans la pharmacie. [...] Ça nous amène un autre élément dans notre évaluation de la situation. [...] Ça donne plus d'information rapidement. (**Intervenant, soutien à domicile, Montréal**)*

Cet extrait est particulièrement intéressant pour mettre en tension les opportunités et les risques de la pratique professionnelle à domicile. Si le domicile offre d'une part des opportunités intéressantes pour faciliter l'évaluation psychosociale devant être effectuée par l'intervenant, le risque de retrouver des attitudes professionnelles marquées par l'intrusion peut être présent, comme nous l'avons mentionné dans la section précédente.

Ce prochain extrait nous démontre à quel point l'accès à l'environnement semble accélérer l'évaluation de la situation psychosociale des usagers en permettant des observations plus fines et plus juste, tant au niveau de l'évaluation de la sécurité, de l'hygiène corporelle que de l'évaluation des habitudes et des conditions de vie. Ainsi, le domicile en tant que source d'identité personnelle peut être grandement mis à profit dans l'intervention.

*Il est important je pense que [...] c'est très important d'aller chez les gens parce que la maison de chaque personne nous montre qui est cette personne-là. Ça nous donne beaucoup beaucoup d'indices sur cette personne. (**Intervenant, Soutien à domicile, entrevue de groupe Montréal**)*

Du point de vue des usagers, le fait que l'intervenant ait accès à leur environnement constitue également un avantage pour ces derniers.

Moi je trouve que c'est la meilleure façon d'intervenir. Peu importe... si j'amène les enfants, je ne le sais pas, au CLSC, pour une évaluation par exemple, ils ne seront

jamais dans leur milieu comme ils le sont ici. Les observations vont être totalement différentes. C'est le même principe avec les adultes. (Usager, Enfance/Jeunesse/Famille, Sherbrooke)

Ainsi, étant donné le fait que le chez-soi est une source d'identification personnelle, plusieurs usagers ont exprimé la nécessité que l'intervenant ait accès à leur environnement afin d'être en mesure de mieux comprendre leur situation, accéder à leur culture personnelle.

Il connaît plus mon endroit, la nature de la situation [en venant à la maison], parce qu'ici c'est chez moi. (Usager, Soutien à domicile, Sherbrooke)

5.2.1.2. *Le caractère accommodant des services à domicile*

L'intervention à domicile comporte également une fonction purement « pratico-pratique ». En ce sens, ce type de services permet de rejoindre les personnes vulnérables et de rendre plus accessibles les services psychosociaux.

Des gens à mobilité réduite ou des gens qui sont déprimés. Et qui ont pas nécessairement l'élan de se mobiliser, puis de sortir. Au début, c'est possible que les rencontres se fassent à domicile pour faciliter. [...] Si quelqu'un est très déprimé là, on peut pas lui demander de faire ce qu'il est pas capable de faire. [...] [Intervenir à domicile peut faciliter] la continuité de l'intervention. Puis l'implication. (Intervenant, Santé mentale, Montréal)

Cet intervenant exprime bien le caractère accommodant des services à domicile. Du côté des usagers, plusieurs personnes nous ont mentionné l'importance pour eux de recevoir des services psychosociaux à domicile en raison de leur difficulté de mobilité (limitations fonctionnelles, problèmes de santé mentale, pauvreté économique, intempéries). Par ailleurs, les services à domicile permettraient également de pallier l'oubli de rendez-vous des usagers. Les personnes usagères apprécient également le caractère accommodant des services qui leur sont dispensés à domicile.

[Les intervenants] sont toujours venus ici. Moi je ne me déplaçais pas. C'est qu'est-ce que je trouvais ça l'fun parce que des fois papa il travaille et on a seulement qu'une voiture. Je me dis des rendez-vous en plein hiver, les autobus, il fait froid. (Usagère, Enfance/Jeunesse/Famille, Sherbrooke)

On peut donc constater à la lecture de cet extrait d'entrevue l'importance pour certaines personnes de recevoir des services à domicile puisqu'autrement, ces dernières ne pourraient avoir accès aux services, faute de moyens de transport, par exemple.

5.2.1.3. *Inclusion de l'entourage dans l'intervention*

Par ailleurs, à la lumière de l'analyse thématique des entrevues, l'accès à l'intimité par l'intervention à domicile permettrait également de rendre plus efficace l'intervention. En effet, l'accès à l'intimité de l'utilisateur permet, selon les intervenants qui ont participé à notre recherche, des pratiques d'intervention différentes de celles en établissement. En premier lieu, le domicile facilite à l'intervenant l'inclusion de l'entourage dans le processus d'aide auprès de la personne, que ce soit les proches aidants, mais plus encore le voisinage. Cette intervenante exprime bien la fonction du domicile qui permet d'inclure l'entourage dans l'intervention, ce que la pratique en bureau ne permet pas aussi facilement.

Quand tu vas à domicile aussi, tu vois un paquet de monde que tu ne vois pas si tu les fais venir à ton bureau. La grand-mère qui arrive. Le chum qui veut pas venir au CLSC, mais là woups il arrive comme un cheveu sur la soupe. Il te voit. Fait que ça permet des fois d'accrocher les gens là. [...] Puis des fois c'est plus facile de les interpeller s'ils t'ont vu une couple de fois. (Intervenante, Enfance/Jeunesse/Famille, Montréal)

Ainsi, il nous a semblé que cette inclusion de l'entourage offre des opportunités particulièrement intéressantes pour le développement de pratique réseau. L'aspect du voisinage de l'utilisateur est régulièrement pris en considération par les intervenants qui effectuent des visites à domicile. L'accès aux voisins qui sont partie prenante du réseau de l'utilisateur peut

s'avérer utile pour la pratique professionnelle qui se base parfois sur une approche d'intervention réseau.

Je dirais aussi que le fait d'aller à domicile. [...] On a accès aux voisins. [...] Puis souvent, les clients sont en lien avec toute leur voisinage pis c'est des gens qu'on peut utiliser, quand y'ont pas de famille par exemple [...] Moi, je me disais : c'est le fun ces gens-là c'est comme dans les romans de Michel Tremblay (rire). [...] C'est un réseau de cordes à linge là. Y'a quelque chose de beau là-dedans. (Intervenant, Soutien à domicile, Montréal)

Toujours selon une logique d'approche réseau, la prise en compte du voisinage de l'utilisateur permet également à l'intervenant de bénéficier d'informations supplémentaires sur la situation de la personne. Du côté des usagers, une participante nous a mentionné qu'elle était contente que sa mère ait pu rencontrer son intervenante lors d'une visite à domicile.

C'est intéressant. Si vous aviez été la rencontrer au CLSC. [...] Toute la famille ne la connaîtrait pas. [Ma mère] venait ici puis l'infirmière était là, [le bébé] avait une semaine puis l'infirmière est venue [...] puis elle a pris le bébé. Puis là ma mère [...] elle posait des questions. (Usagère, Enfance/Jeunesse/Famille, Sherbrooke)

Nous pouvons ainsi voir que la possibilité d'inclure l'entourage dans l'intervention à domicile offre des opportunités intéressantes pour le développement de pratique d'intervention de réseau.

5.2.1.4. *Plus grande disponibilité des professionnels*

Si les personnes usagères sont grandement satisfaites du caractère pratique des services qui leur sont offerts à domicile, certaines d'entre elles ont identifié **une meilleure qualité du service reçu à domicile** en opposition aux services reçus au bureau de l'intervenant, notamment en termes **d'une plus grande disponibilité du professionnel**.

Dans un bureau... Il y a toujours des choses extérieures qui peuvent arriver. Elle est dans son bureau de travail. [...] Tandis qu'à la maison, elle est plus concentrée. Elle

est là pour toi là [...]. Elle a dit « j'ai tout mon temps ». Elle était vraiment disposée là à analyser toute la situation. Fait que j'ai comme apprécié ça [...]. (Usagère, Enfance/Jeunesse/Famille, Montréal)

Cet extrait nous démontre à quel point les services à domicile peuvent influencer la perception de l'individu quant à la qualité du support et d'écoute qui lui est apportée. Il semblerait également que le travail de proximité à domicile susciterait chez la personne usagère le sentiment d'être importante pour l'intervenant qui lui apporte de l'aide et le sentiment de valoir la peine qu'on se déplace pour elle.

J'trouve que c'est l'fun quelqu'un qui vient chez nous qui... c'est, c'est assez apprécié pis en plus c'est rare que tu t'déplaces pas pour un rendez-vous. T'sais ça fait ben du bien pis j'trouve que ça fait du bien là... Que quelqu'un ce soit déplacé pour moi, t'sais c'est rare... c'est comme c'est pour nous, fait que a vient pour nous... j'l'sais pas c'est pour moi voir, elle vient me voir, m'écouter. (Usagère Enfance/Jeunesse/Famille, Sherbrooke)

5.2.1.5. *Usager plus à l'aise, plus confortable*

Qui plus est, l'intervention à domicile permettrait également aux usagers d'avoir davantage de contrôle et de liberté sur le déroulement des visites à domicile du professionnel. Par exemple, les usagers peuvent davantage se permettre d'être eux-mêmes dans leur chez-soi et d'adopter certains comportements qu'ils ne pourraient pas adopter en institution.

Puis les gens naturellement y sont sur leur territoire, donc à ce moment-là, les gens vont être plus à l'aise aussi de reprendre leur conduite qu'ils ont habituellement. [...] Tu t'allumes pas une cigarette dans l'institution là. Mais chez vous, tu peux le faire. (Intervenante, Enfance/Jeunesse/Famille, Montréal)

Ainsi, l'accès au domicile permet non seulement une meilleure compréhension pour les intervenants de l'appropriation de leur chez-soi par les usagers, mais favorise aussi que l'intervention soit mieux acceptée par les usagers.

5.2.1.6. *Lien et proximité*

Qui plus est, il est ressorti de notre analyse thématique le fait que les services psychosociaux soient dispensés à domicile dans la sphère privée, une *meilleure relation* entre l'intervenant et l'utilisateur, et ce, malgré le caractère potentiellement intrusif des services à domicile. En ce sens, usagers et intervenants nous ont mentionné que les services à domicile contribuaient à rendre les usagers plus confiants et plus confortables dans l'intervention.

Pour le client, de le rencontrer chez-lui, c'est son élément. [...] Il a ses repères chez lui, parce que ce n'est pas menaçant d'être chez-soi, il y a quelque chose de rassurant avec le chez-soi. [...] Elle [la personne] est chez-elle. C'est rassurant à quelque part. Ce n'est pas contraignant, ce n'est pas restreignant comme être ailleurs là. Elle est chez elle. [...] Parce que c'est chez nous, il y a quelque chose de confortant. (Intervenant, Santé mentale, Montréal)

Cet extrait exprime bien l'avantage que constituent les services psychosociaux dispensés à domicile et le caractère rassurant que ces derniers soient dispensés au chez-soi de l'utilisateur. Ainsi, la convivialité du domicile constituerait un levier pour la relation de confiance nécessaire à une intervention de qualité.

On a l'impression que la proximité est plus grande quand on est à domicile avec la personne. [...] Ça peut créer des liens beaucoup plus forts aussi là. [...] (Intervenant, santé mentale, Montréal)

Tout comme l'ont exprimé les intervenants, plusieurs usagers nous ont également mentionné que le domicile était un lieu davantage propice à la confiance.

Je pense que la relation est plus proche du fait que c'est chez moi, c'est plus facile de parler de mes choses que dans un bureau dans un CLSC. Je trouve que c'est un plus à c'te niveau là. [...] [C'est] plus personnel, [c'est plus Friendly. (Usagère, Enfance/Jeunesse/Famille, Sherbrooke)

En fait, usagers et intervenants s'entendent pour affirmer que l'intervention à domicile aurait également comme fonction de constituer un levier pour la relation de confiance entre la personne usagère et l'intervenant, en plus d'atténuer le rapport de pouvoir, sans toutefois le faire disparaître complètement. Le fait que la personne usagère reçoive les services chez elle contribue à rendre cette dernière plus confiante et plus confortable dans sa relation avec l'intervenant.

Ça permet des fois d'accrocher les gens. Là, tu vois, déjà en train de prendre un café dans le salon, fait que c'est moins menaçant pour eux que de les faire venir ici. [...] Bien les gens, c'est sûr qu'ils se sentent... ça enlève un peu un protocole formel je trouve là. Ça enlève une pression institutionnelle énorme. (Intervenant, Enfance/Jeunesse/Famille, Montréal)

Cet extrait d'entrevue effectuée avec une intervenante de Montréal permet de constater que l'intervention à domicile contribuerait à atténuer la pression institutionnelle et de s'émanciper d'un rapport trop mécanique aux protocoles et au décorum de l'intervention en cabinet. D'autre part, l'ambiance chaleureuse de l'espace domiciliaire constitue également un élément favorisant la relation de confiance et l'aisance de l'utilisateur dans l'intervention. En effet, à la lumière de notre analyse thématique des entrevues, il apparaît que le caractère convivial et chaleureux offert par le chez-soi permet une plus grande proximité relationnelle entre l'utilisateur et l'intervenant.

Ici tu l'invites, elle s'assoie sur le sofa [...] moi j'pense que ça aurait été peut-être pas plus négatif, mais moins intéressant [si les rencontres avaient eu lieu à son bureau]. J'pense qu'on aurait moins rit. (Usagère, Enfance/Jeunesse/Famille, Sherbrooke)

Je trouve que c'est même, c'est plus personnel. [...] Ça devient plus personnel que quand t'es dans un bureau puis... Je le sais pas. C'est comme c'est une impression que j'ai. [...] Le contact... Je le sais pas si c'est ma personnalité, mais ça peut devenir plus amical des fois. (Usager, Enfance/Jeunesse/Famille, Montréal)

Comme on peut le voir dans ces extraits d'entrevues, le domicile contribuerait à favoriser le rapprochement et la confiance entre l'intervenant et la personne. Les visites à domicile constituent ainsi une modalité d'intervention favorable à la proximité et à la création du lien entre l'intervenant et la personne.

Ça devient quasiment des amis. Ça fait plaisir. C'est une visite. (Usager, Santé mentale, Montréal)

Cet aspect que représente le fait que l'utilisateur soit plus confortable de recevoir des services à son domicile au lieu de se déplacer en institution semble également important pour les familles avec des jeunes enfants qui peuvent demeurer dans leur environnement familial pendant l'intervention.

I think it's best if he's there in his own environment also. Cause he has his own things. He has his TV shows that he likes. He has his games that he plays. He's more comfortable in his own house. So I prefer that I can have the service here. [...] It's more advantages for me to keep things the same. (Usagère, Enfance/Jeunesse/Famille, Montréal)

Ces résultats sont quelque peu distincts de ce que nous a révélé la recension des écrits dans la mesure où elle portait surtout sur l'atteinte à l'intimité, potentielle ou avérée, d'une intervention à domicile. Or, ici, l'accès à l'intimité, et l'ouverture à donner un tel accès, contribue clairement à modifier le « colloque singulier » de l'intervention, notamment en égalisant un peu les statuts et en réaffirmant la commune humanité des participants à ce colloque, tout dépendant, évidemment, du savoir-être et du savoir-faire de l'intervenant.

Si nous avons vu dans cette sous-section les différentes opportunités que peut offrir la pratique professionnelle à domicile, nous verrons maintenant qu'intervenir dans la sphère privée de l'utilisateur peut comporter sa part de risques et d'enjeux.

5.2.2. Paradoxes et enjeux de l'intervention à domicile

Malgré les aspects positifs de la pratique à domicile que nous venons d'évoquer, il a émergé de notre analyse thématique un certain nombre de tensions et de paradoxes qui transcendent cette modalité d'intervention. Ces tensions résident, en premier lieu, dans le caractère potentiellement intrusif des services publics dans la sphère privée de l'utilisateur, de même que dans l'institutionnalisation de l'espace. Qui plus est, alors que nous avons mentionné précédemment que la proximité créée par le domicile pouvait constituer un levier privilégié pour la création du lien entre la personne usagère et l'intervenant, en contrepartie cette proximité laisse place à une certaine confusion des rôles professionnels.

Par surcroît, il apparaît que la pratique à domicile pose certains dilemmes éthiques chez les intervenants, telle que la confidentialité des services ou encore la question des jugements de valeur. De plus, le dilemme éthique se situant entre celui de la bienfaisance et du respect de l'autonomie est ressorti comme un enjeu éthique de la pratique à domicile. Enfin, certaines tensions ou certains paradoxes ont trait aux conditions de pratiques devant lesquelles les professionnels sont parfois confrontés. En effet, il émerge de notre analyse thématique que les praticiens sont parfois appelés à intervenir dans des milieux insalubres et qu'ils sont parfois confrontés à des situations où leur sécurité est compromise.

5.2.2.1. *Enjeux inhérents à la méfiance de l'utilisateur et à la sécurité de l'intervenant*

En partant du fait que le domicile constitue un refuge contre les dangers extérieurs (Mallet, 2004; Taam, 1999), la visite à domicile de l'intervenant peut constituer, pour certains usagers, une menace pour leur intégrité. Si nous avons déjà abordé la question de la méfiance de l'utilisateur dans la section portant sur l'intimité, nous croyons par ailleurs que ce type de comportement peut être associé tant au besoin d'intimité qu'au besoin de sécurité. Par exemple, l'utilisateur, qui était méfiant envers les intervenants parce qu'il craignait qu'on le retire de son milieu, exprime selon nous deux peurs : la peur que l'on pénètre dans son espace privé, d'une part, et la peur de perdre son refuge, d'autre part.

En effet, à la lumière de notre analyse thématique, il a émergé le fait que certains usagers pouvaient être méfiants, voire agressifs à l'égard de l'intervenant qui pénètre ce refuge. Ce n'est pas comme tel l'accès au domicile qui constitue le moteur de cette peur, mais cette visite peut être potentiellement vécue comme une intrusion. Elle symbolise alors le pouvoir d'une intervention qui ne laisse pas d'échappatoire à l'utilisateur. L'agressivité envers l'intervenant qui découle de cette peur peut représenter un comportement de protection de ce refuge de l'intervenant de la part de l'utilisateur.

Des fois, on n'est pas toujours les bienvenus quand on va à domicile nous autres... on ne se fait pas ouvrir la porte, on se fait crier après. (Intervenante, Santé mentale, Sherbrooke)

Par ailleurs, cette agressivité des usagers envers les intervenants pose un enjeu quant à la sécurité et à l'intégrité de l'intervenant. En effet, étant donné l'absence de collègues lors d'une intervention à domicile, le professionnel risque davantage de se retrouver seul face à une situation menaçante pour sa sécurité. Néanmoins, l'enjeu de l'exposition de l'intervenant à des situations menaçantes est davantage présent dans un milieu urbain, tel que Montréal, en comparaison à la région de Sherbrooke, comme l'exprime cette professionnelle sherbrookoise.

J pense que moi à Montréal un peu comme tantôt, peut-être qu'à Montréal, tu sais y a plus de violence, les gens sont plus isolés, ici c't' un peu comme en campagne. Tsé on les connaît, (Intervenante, Enfance/Jeunesse/Famille, Entrevue de groupe Sherbrooke)

Ainsi, étant donné la plus grande densité du milieu montréalais parfois marqué par des phénomènes de criminalité et de violence, le niveau de risque serait davantage élevé pour les intervenants effectuant des visites à domicile dans la région de Montréal.

Tu as beaucoup de problématiques, ici dans le quartier, dans le sud-ouest, de violence. De violence familiale, de violence conjugale, on a beaucoup de criminalité, et donc de rue, etc. etc. Ça fait que c'est sûr que tu sais pas

où tu débarques là. [...] Tu es toute seule, tu n'as pas la sécurité de l'institution non plus. [...] (Intervenante, Soutien à domicile, Sherbrooke)

On peut donc voir que le niveau de compromission de sécurité de l'intervenant peut varier en fonction du milieu urbain et du quartier. Il y aurait donc une différence dans le niveau de risque tant qu'à la sécurité de l'intervenant en fonction des deux villes. Si la plupart des intervenants de Sherbrooke se sentent généralement en sécurité lors de visites à domicile, nous avons néanmoins rencontré quelques intervenants qui ont été exposés à des situations compromettantes pour leur sécurité, comme l'exprime cette intervenante du secteur Soutien à domicile.

J'ai eu peur à ma peau en décembre-là, parce que y a eu quatre épisodes ici avec ce client là de violence physique et verbale donc une de mes collègues a s'est faite tordre la main. [...] Moi quand y m'a menacée, quand y a frappé sur le mur, y a voulu se lancer sur moi. (Intervenante, Soutien à domicile, Sherbrooke)

Nous pouvons donc constater que la méfiance et l'agressivité de certains usagers à l'égard des intervenants constituent un enjeu de taille pour la pratique professionnelle, et que son envers est tout aussi présent, même s'il est plus fantasmagorique que réel. Il semble y avoir ici aussi un certain parallélisme, un effet de miroir, entre le sens qu'accordent les usagers à l'intervention à domicile et celui des intervenants. L'établissement, le bureau, est aussi le chez-soi professionnel de l'intervenant, son refuge, un élément de son identité professionnel, un facteur de sa protection. Comme l'usager, l'intervenant craint que son intervention à domicile favorise l'irruption dans le colloque singulier de pratiques inadéquates dans l'espace professionnel, comme la menace, la colère, les comportements séducteurs, la proximité interpersonnelle, etc. L'expérience du domicile des intervenants et des usagers se croise, selon des modalités bien entendu diverses, et avec un déséquilibre des pouvoirs en présence. L'intervention au domicile ne peut donc pas être conçue comme une expérience univoque, de l'intervenant vers l'usager.

5.2.2.2. *L'intrusion dans l'intimité*

Comme nous l'avons vu dans la première section portant sur la sécurité ontologique, il est ressorti de l'analyse thématique des entrevues que l'intervention à domicile constituait aussi un risque d'intrusion dans la sphère privée de l'utilisateur. En ce sens, il ressort de l'analyse que ces derniers ressentent souvent un malaise à l'égard du caractère potentiellement intrusif de l'intervention à domicile. L'enjeu de l'intrusion dans l'intimité de l'utilisateur a été majoritairement abordé par les intervenants des secteurs Soutien à domicile et Enfance/Jeunesse/Famille issus des deux régions à l'étude. Dans cet ordre d'idées, une intervenante du secteur Santé mentale éprouve un malaise à l'égard du fait d'entrer dans l'intimité de l'utilisateur et d'ainsi obtenir de l'information, parfois en dépit de sa volonté. Comme le mentionnent Gagnon et Saillant, la pratique professionnelle à domicile ne se fait pas « au hasard et sans précaution (Gagnon et Saillant, 2000 : 85). En effet, l'intervention à domicile demande aux intervenants une grande capacité d'empathie.

Ce qui est délicat à domicile, c'est toute la, la question de c'qu'on a comme information. Qu'est-ce qui est pertinent à observer? Puis qu'est-ce que je n'ai pas à voir que je vois quand même? (Intervenante, Santé mentale, Sherbrooke)

On peut ainsi constater le caractère sensible de l'intervention à domicile et le malaise qu'il peut parfois créer pour l'intervenant. Cette intrusion de l'intervenant dans l'intimité de l'utilisateur peut avoir comme conséquence que la personne se sent menacée et refuse les services à domicile, et ce, malgré l'avis contraire du praticien. Cela constitue une condition adverse à la bonne réalisation du plan d'intervention, et donc à l'expression de la compétence professionnelle.

[Certains usagers ne] veulent pas du tout là [qu'on aille à domicile]. Pour eux, c'est intrusif [...]. On reste toujours des personnes intrusives. (Intervenant, Santé mentale, Montréal)

En effet, certains usagers ont abordé ce sentiment d’envahissement et d’intrusion inhérents aux services reçus à domicile. La crainte des usagers d’être jugés par les intervenants qui les visitent à leur domicile est ressortie des entrevues effectuées auprès de la clientèle.

T’as l’impression comme on vient fouiller dans tes affaires un peu. [...] Tu te remets en question un petit peu [...] J’ai entendu tellement d’histoires là, puis tout ça que j’ai dit... tu veux pas te faire enlever tes enfants. [...] Ils vont-tu me juger? Y’a-tu de quoi que je fais pas correct? [...] C’est plus une réticence par rapport à ça qu’y embarquent la DPJ ou des choses comme ça. Je pense, c’est plus ces peurs-là qu’au début. (Usager, Enfance/Jeunesse/Famille, Montréal)

Cette citation est représentative de la méfiance des usagers à l’égard des services à domicile et de la menace de structure telle que la Protection de la jeunesse. Voici un autre extrait d’une entrevue réalisée avec une personne usagère qui exprime la méfiance envers la Protection de la jeunesse.

Je me suis demandée, coudonc, elle va sûrement appeler la DPJ. (Usagère, Enfance/Jeunesse/Famille, Sherbrooke)

Un autre usager du secteur Santé mentale nous a raconté que lors de la première visite des intervenants chez-lui, ce dernier était très méfiant, craignant que les intervenants voulaient le retirer de son domicile en raison de l’insalubrité qui y régnait.

Au début, c’est que je savais pas trop exactement de quoi il s’agissait avant qu’ils viennent ici. Avant qu’ils viennent ici, disons que j’avais, j’ai fait un peu une crise de panique parce que moi de la façon que j’ai vu les choses, je me suis dit : Ça fait depuis le mois d’avril que je me lave pas. [...] Moi je pensais... mon père m’a dit qu’il y avait une possibilité, je sais pas où il a pris ça, mais qu’y avait une possibilité que les services sociaux m’amènent avec eux autres parce qu’il trouvait que je vivais dans un état qui était pas acceptable. (Usager, santé mentale, Sherbrooke)

On peut ici encore percevoir l’enjeu de cette modalité d’intervention en raison de son caractère potentiellement intrusif, surtout pour des

problématiques où les droits de la personne peuvent faire l'objet d'une intervention publique, comme c'est le cas en Protection de la jeunesse, en Santé mentale et en Soutien à domicile. En fait, il y a une crainte que l'accès à domicile, en principe une bonne chose pour la personne, soit aussi la condition d'une intrusion forte, trempée de pouvoir potentiellement abusif. Il y a donc une tension humanisation/déshumanisation découlant d'une intervention potentiellement autoritaire rendue possible par un accès à l'intimité.

Ainsi, l'intrusion de l'institution dans la sphère privée de la personne constitue une source de tension dans la relation s'installant entre le professionnel et l'utilisateur. Pour nous, cette tension s'explique par la position de médiation de l'intervenant entre l'intimité de l'utilisateur, d'une part, et son appartenance professionnelle à une structure organisationnelle et légale, d'autre part (Soulet, 1997, Crevier, 2009).

5.2.2.3. *Institutionnalisation du domicile*

Comme nous l'avons déjà mentionné, ce caractère intrusif de l'intervention à domicile se fait également ressentir chez les usagers lourdement handicapés requérant une très grande intensité quotidienne de services à domicile par des intervenants professionnels (travailleurs sociaux, infirmières, etc.) et non professionnels (aide-ménagère, auxiliaires de la santé et des services sociaux, etc.). Cette intensité fait en sorte que le domicile devienne plus ou moins institutionnalisé (Taam, 1999), perdant ce faisant une part importante de son caractère de refuge évoqué en introduction de cette section. Par ailleurs, dans la Politique de soutien à domicile *Chez-soi le premier choix*, le Ministère souligne l'importance d'éviter la professionnalisation du domicile (MSSS, 2003).

Cette intervenante œuvrant en soutien à domicile exprime bien l'enjeu du risque que le domicile devienne plus ou moins institutionnalisé.

[Les services à domicile] c'est souvent intrusif, en tout cas ça demande toute une adaptation à la personne qui les reçoit, en tout cas... quand au départ y a un plan, la

personne peut dire oui à ce plan-là, mais elle ne l'a pas encore vécu puis tu sais bon une journée c'est tel intervenant, l'autre journée c'est tel autre, c'est... ils ont des périodes d'adaptations.[...] C'est très proche du modèle hospitalier nous autres. (Intervenante, Soutien à domicile, Sherbrooke, Entrevue de groupe)

Du point de vue des usagers, ce taux de roulement a pour effet que les services sont dispensés par un grand nombre de travailleurs, alors même que la qualité de ces services dépend en grande partie de la stabilité du personnel.

Quand tu dis tu dépends d'un tel pour te lever, tu dépends d'un autre pour te coucher, tu sais ce n'est pas la faute de personne, mais des fois comme on dit t'es pas à l'aise là-dedans. Des fois l'auxiliaire y dit : Ha bien là je vais avoir quelqu'un avec moi pour entraîner. Ben là... ça me tanne moi de me montrer à tout le monde puis envoie donc c'est fatiguant. (Usager, Soutien à domicile, Sherbrooke)

Ainsi, le fait de recevoir un grand nombre quotidien de services à son chez-soi perturbe parfois la routine journalière de la personne.

Bien, ils viennent changer mon environnement sûrement. Parce que c'est un changement quand ils viennent eux autres à chaque jour. Parce que ça me dérange aussi un peu, mais j'accepte ça (Usager, Santé mentale, Montréal)

À la lecture de cette citation, nous pouvons constater que la présence régulière d'intervenants professionnels et non-professionnels demande une capacité d'adaptation et d'ajustement de la part de la personne qui reçoit les services.

5.2.2.4. *Présence d'éléments perturbateurs*

L'une des difficultés cliniques de l'intervention à domicile qui a été identifiée tant par les intervenants et les usagers réside dans la présence d'éléments perturbateurs et d'imprévus en raison de la pratique *in situ* que représente le fait d'intervenir au chez-soi de l'utilisateur. Ces éléments, tels que la sonnerie du téléphone, l'arrivée imprévue de visiteurs ou encore la

présence d'animaux domestiques viennent régulièrement interrompre l'entrevue.

Il faut être beaucoup plus directif que dans le bureau. [...] Le téléphone sonne, faut qu'on prenne des ententes au départ. [...] J'ai beaucoup d'intervention à faire pour qu'on ferme la tv. Il y a beaucoup de choses extérieures. Le petit cul qui vient cogner à la porte parce qu'habituellement à 5 h 30, il joue avec son ami. (Intervenant, Enfance/Jeunesse/Famille, Sherbrooke)

Comme nous pouvons le constater à la lecture de cet extrait de verbatim, la présence d'éléments perturbateurs issus de la quotidienneté du chez-soi demande à l'intervenant une directivité constante afin de maintenir un cadre pour l'intervention et constitue un enjeu de taille faisant appel au savoir-faire professionnel. On voit également que si l'accès au contexte est souhaité par les intervenants, l'irruption du contexte dans le colloque singulier ne l'est pas. La présence d'éléments perturbateurs pouvant interrompre le cours de l'entrevue a également été abordé par certaines personnes usagères. En effet, certaines d'entre elles ont mentionné avoir été indisposées à un moment ou à un autre par la sonnerie du téléphone ou encore par l'arrivée imprévue de visiteurs.

Puis une fois, [...] le téléphone a sonné puis là bien là ça me dérangeait parce que j'étais pas capable de me concentrer. Fait que moi y'a pas de problème là, je parlais à monsieur J., je me lève, je pars, je déplug le téléphone et je m'assis. Le téléphone est là pour moi, pas pour les autres. (Usagère, Santé mentale, Montréal)

On peut ainsi constater que certains éléments perturbateurs, dans un contexte d'intervention à domicile, peuvent indisposer autant les intervenants que les usagers. Cela démontre, comme pour les thèmes précédents, que le rapport au domicile chez l'intervenant et l'utilisateur sont certes distincts, mais forment les deux versants d'une même situation. Ainsi, l'un et l'autre des pôles de la relation clinique convergent vers une nécessité de prendre en considération le chez-soi, tout en préservant sa fonction identitaire, intime.

5.2.2.5. *Déplacement de l'intervenant*

Une autre difficulté relative aux conditions de la pratique à domicile concerne le déplacement de l'intervenant. À ce sujet, certains intervenants mentionnent les intempéries, le transport et le stationnement comme étant des difficultés rencontrées dans leur travail quotidien.

*[In an institution], you don't have to go in the slush. You don't have to (laugh) go to look for parking in the middle of snow and everything. » Traduction libre : « [En institution], tu n'as pas à marcher dans la slush. Tu n'as pas à (rire) chercher une place de stationnement dans la neige et tout ça ». (**Intervenante, Soutien à domicile, Montréal**)*

Cet extrait nous démontre ici encore que les conditions de la pratique à domicile représentent un plus grand défi pour les professionnels que la pratique en institution.

5.2.3. *Enjeux éthiques*

Les professionnels qui ont participé à notre recherche ont nommé une série d'enjeux éthiques dans leur pratique à domicile. Ces enjeux éthiques résident dans le thème de la confusion des rôles professionnels, des cadeaux offerts aux intervenants. La confidentialité des services semble également être un enjeu éthique important, de même que les jugements de valeurs. De même, le dilemme entre le respect de l'autodétermination de la personne et de la bienfaisance constitue également un enjeu éthique important de la pratique à domicile.

5.2.3.1. *Confusion des rôles professionnels*

Si intervenants et usagers s'entendent pour dire que l'intervention à domicile constitue une condition favorable pour l'établissement d'une relation de confiance, cette proximité relationnelle et physique, en contrepartie, comporte différents enjeux éthiques pour la pratique professionnelle. En effet, étant donné cette proximité, les intervenants se retrouvent au cœur même d'une intimité dont ils ne maîtrisent pas les dangers potentiels, comme la perte de la distance professionnelle, les

débordements sur des thématiques qui ne sont pas l'objet de l'intervention, etc. Si, d'une part, cette proximité contribue à favoriser une atmosphère plus conviviale, d'autre part elle peut être source de confusion à l'égard du rôle de l'intervenant, étant parfois appelé à devenir ami, par exemple, soit le risque de basculer d'une posture empathique à sentiment de la sympathie.

Je sais que c'est quelque chose que je vais peut-être faire dans les interventions à domicile et que dans une intervention "bureau", j'ai mon référent qui est : "Bon, je suis ici en tant que professionnel de la santé et des services et sociaux. Là-bas aussi je suis là en tant que professionnel de la santé et des services sociaux, mais c'est peut-être un peu plus convivial ce qui fait qu'éventuellement on passe de l'empathie à la sympathie. (Intervenant, Sherbrooke, Santé mentale)

Au regard de cette citation, le lecteur attentif pourra remarquer que l'intervenant souligne sa crainte de perdre les référents que lui offre l'institution quant à son rôle professionnel. Cette impression de perdre ses repères professionnels en dehors de l'institution a été soulevée à quelques reprises par les intervenants.

Au terme de l'analyse thématique des entrevues effectuées auprès des usagers, il apparaît qu'effectivement, les personnes peuvent confondre le rôle professionnel que portent leurs intervenants qui viennent les visiter à domicile. Par exemple, un usager de Sherbrooke nous a raconté qu'il était tombé amoureux de son intervenante et nous a exprimé sa souffrance lorsque cette dernière a dû recadrer les comportements séducteurs de ce dernier.

Ben disons une conversation qu'on a eu une fois au téléphone. Disons que je me suis vidé le cœur si on veut. C'est ça parce que une des choses qui était un problème c'est que à cause de la solitude et si on veut du manque de contact en général. Moi ce que j'ai dit un moment donné c'est que j'aurais aimé ça avoir un certain réconfort d'être touché. [...] J'avais ce genre de besoin là mais ah non je ne peux pas vraiment faire ça tu sais. [...] Là j'ai eu cette idée-là parce que je me suis dit ça

serait sympathique si on va prendre une marche, j'aurais aimé ça pouvoir lui prendre la main. J'aurais trouvé ça... c'est pas rien de romantique là. [...] J'ai besoin de quelque chose comme ça là. Puis elle m'a dit non tu sais je ne peux pas faire quelque chose comme ça. (Usager, Santé mentale, Sherbrooke)

Ainsi, la proximité créée par le domicile et occasionnant parfois une confusion des rôles professionnels fait en sorte que les professionnels doivent développer différentes stratégies pour rétablir les frontières relationnelles.

Dernièrement, il y a une cliente qui est très chaleureuse, qui a aucune mauvaise intention, je lui donne la main, mais elle me donne un bec de chaque côté. [...] Mais moi je n'étais pas très à l'aise. [...] Moi là, distance. [...] Et ne jamais accepter les cadeaux. (Intervenant, Enfance/Jeunesse/Famille, Sherbrooke)

Ce refus de certaines marques de proximité afin de rétablir la distance professionnelles fait appel à de nouveaux savoir-faire ou compétence pragmatique que le professionnel peut acquérir avec l'expérience dans la pratique concrète (Soulet, 1997 ; Crevier, 2009). Il s'agit de mettre en place « un réglage de la bonne distance » (Weller, 2002 : 76).

Cette confusion des rôles professionnels et personnels peut entraîner des conflits à portée interpersonnelle. Ces conflits ont surtout été exprimés par les usagers du secteur Soutien à domicile à propos de difficultés vécues avec leurs auxiliaires familiales et sociales, dont l'action se déroule précisément dans l'espace de l'intimité, en l'occurrence les activités de la vie domestique (ménage, entretien du logis, etc.) et quotidienne (alimentation, soin du corps, etc.). En ce sens, ces acteurs vivent avec une intensité toute particulière les enjeux relatifs à l'intimité. Cet accès leur donne d'ailleurs un rôle important auprès des professionnels moins présents au quotidien, puisqu'ils sont leurs yeux, leur fenêtre sur le quotidien et sur l'intimité de l'utilisateur.

Puis c'est telle autre personne, non, y'a eu telle chose qui est arrivée. L'attitude était pas là. J'ai pas de besoin

d'entendre ses problèmes, style. [...] Je vais être content si je la vois dans les partys de Noël. [...] Mais dans les soins, y'avait des petites choses qui me tombaient sur les nerfs. (Usager, Soutien à domicile, Montréal)

5.2.3.2. *Cadeaux aux intervenants*

À la lumière de l'analyse thématique des entrevues effectuées avec les professionnels, il en résulte le fait que la conception de la distance professionnelle et de la proximité relationnelle soit également différente dans un contexte de pratique interculturelle à domicile. Entre autres, le sens de recevoir des visiteurs chez-soi varierait d'une culture à l'autre, probablement d'une classe sociale à l'autre, également. Par exemple, un des rares intervenants de Sherbrooke dont la pratique se centre essentiellement auprès des communautés culturelles a mentionné le fait que de par leur culture, les immigrants ont davantage tendance à offrir des cadeaux à leur intervenant qui vient les visiter à domicile.

Au niveau du sens éthique, [il ne faut] jamais accepter les cadeaux parce que la cliente immigrante a tendance à acheter des cadeaux. Ça, on le dit souvent. (Intervenant, Enfance/Jeunesse /Famille, Sherbrooke)

Il est également ressorti que ce sens du don varierait également selon les traditions culturelles.

Pour les Italiens surtout, bon ça fait partie de leurs traditions surtout près de Noël, dans la période des Fêtes là, ils préparent vraiment, j'avais un client, son épouse m'avait mis une orange, une pomme dans une serviette, elle avait tout préparé ça et en partant elle me forçait de prendre et puis le client disait donne-lui une bouteille de vin aussi. (Intervenante, Soutien à domicile, Montréal)

5.2.3.3. *Confidentialité des services*

Un autre enjeu inhérent au fait d'intervenir dans la sphère intime de l'utilisateur est celui de la confidentialité des services. En effet, un des enjeux éthiques majeurs qui a été fréquemment identifié par les intervenants réside dans la question de la confidentialité inhérente à l'intervention à domicile.

Notons que l'enjeu de la confidentialité a été abordé par une vaste majorité de professionnels issus de tous les secteurs d'intervention des deux territoires à l'étude, ce qui traduit leur prudence à ce propos.

Bien des voisins. C'est dérangent oui. Puis on a la confidentialité. [...] On parle pas de certaines choses devant les étrangers. (Intervenant, Soutien à domicile, Montréal)

Si les intervenants ont identifié la présence d'éléments perturbateurs, tels que l'arrivée imprévue de visiteurs ou la présence de proches dans le domicile, cela constitue par le fait même un enjeu pour le maintien de la confidentialité des services.

Quand il y a quelqu'un, ben là, je leur dis, moi. Ben si tu veux, je vais revenir. [...] C'est le secret professionnel. (Intervenante, Enfance/Jeunesse/Famille, Sherbrooke)

L'enjeu de la confidentialité des services a également été soulevé par certaines personnes usagères. En effet, certaines personnes nous ont mentionné éprouver un malaise que leurs proches soient présents lors de la visite à domicile de l'intervenant.

J'avais hébergée [une amie parce] que sa maison avait brûlé. Fait qu'elle est rentrée pendant l'entrevue mais elle (l'intervenante) elle l'a pas vu [elle] était dans les papiers. [...] J'me suis sentie mal à l'aise qu'elle soit là, parce que c'tait plus mes choses, c'était plus... privé. (Usagère, Enfance/Jeunesse/Famille, Sherbrooke)

Ainsi, plusieurs intervenants nous ont mentionné que selon leur éthique professionnelle, il se devait d'interrompre l'entrevue ou de quitter le domicile et de reprendre un nouveau rendez-vous avec l'utilisateur, ce qui, en outre représente du temps de transport, confère à l'intervention à domicile une forme pratique d'inefficacité, en partie compensée par la valeur clinique de l'accès au sens de l'habité. Si l'arrivée imprévue de visiteurs au domicile de l'utilisateur peut s'avérer problématique pour le maintien de la confidentialité pour des usagers qui sont parfois déjà stigmatisés de par une différence visible (handicap, problème de santé mentale, etc.), la curiosité

de certains voisins à l'égard d'une personne que l'on soupçonne recevoir des services à domicile occasionne également un dilemme éthique pour l'intervenant.

Des fois quand j'arrivais chez une dame, j'savais que les voisins ouvraient leurs portes voir qui j'étais. (Intervenante, Santé mentale, Sherbrooke)

En effet, plusieurs intervenants constatent une curiosité des voisins à l'égard des usagers recevant des services à domicile.

5.2.3.4. *Jugements de valeur*

Il apparaît également que le domicile, comme source d'identification et la signification socioculturelle du chez-soi, pose l'enjeu éthique des jugements de valeur que les intervenants doivent éviter. En ce sens, plusieurs intervenants des deux régions, surtout ceux des secteurs de la Santé mentale et du Soutien à domicile, ont soulevé l'importance de faire la différence entre leurs propres valeurs personnelles et celles de leur clientèle afin d'éviter les jugements de valeur. Dans la région de Montréal, alors que la pratique interculturelle à domicile est beaucoup plus présente que dans la région de Sherbrooke, cette distinction de valeurs est encore plus présente.

Un endroit qui est considéré insalubre n'est pas vu insalubre par d'autres personnes. [...] J'ai vu déjà des exagérations. [...] Parfois, quand les gens sont issus des minorités culturelles, ils sont jugés plus sévèrement par les intervenants. [...] Ça je trouve dérangent. Ça je trouve un peu excessif. [...] Et ça je trouve dommage qu'on lie certaines choses à la culture alors que ça n'a aucun lien. [...] Je trouve [ça] un peu injuste. (Intervenant, Soutien à domicile, Montréal).

On voit que le domicile peut laisser place à différents jugements de valeurs en fonction des différentes significations socioculturelles du chez-soi et des différentes normes sociales, telles que la propreté.

Je pense qu'y faut faire attention. On a affaire ici beaucoup à une clientèle défavorisée. [...] C'est sûr que j'ai vu des choses... quand on a affaire à des gens qui sont pas capables de tenir maison. [...] [Il faut faire

attention] de pas juger. (Intervenant, Santé mentale, Montréal)

Les intervenants ont donc conscience de cette délicatesse que représente leur présence au chez-soi de personnes ayant des conditions de vie différentes des leurs et du jugement de valeur pouvant y être relié. Ici, on peut constater la même structure de tension que pour le thème de l'intimité, soit que le même objet comporte deux versants, l'un négatif (risque de choc culturel), l'autre positif (accès à la culture), et que le fait d'aller à domicile exige un surcroît de prudence contre les préjugés. En termes philosophiques, il y a tension entre ipséités (sentiment d'être unique, et donc différent) et mêmeté (sentiment de partager une commune humanité). La présence à domicile permet donc l'accès à la culture, mais l'intervenant se perçoit à risque de basculer dans le préjugé.

Pour les clientèles d'origine étrangère, nos entrevues révèlent que l'accès au chez-soi permet de comprendre l'insertion de l'utilisateur à la société, mais plus spécifiquement comment il entrevoit son rapport à l'État à travers son rapport à l'espace public incarné par l'intervenant. Nous pensons que si le caractère ethnique révèle avec plus de force cette question, c'est qu'il est plus ostensible. En fait, c'est le statut accordé au chez-soi, qui varie selon la culture, l'âge, la classe sociale, etc., et à travers l'expérience individuelle de l'habité que se révèle un mode de rapport au monde, et donc plus spécifiquement aux services publics, soit une information très utile au plan clinique.

5.2.3.5. Dilemme entre la bienfaisance et respect de l'autonomie

Par ailleurs, un des dilemmes éthiques importants qui a été identifié par les intervenants se situe entre le devoir de bienfaisance, qui peut appeler une intervention allant à l'encontre du besoin exprimé par l'utilisateur, et la volonté de respecter l'autodétermination de l'individu et de sa capacité de contrôler son environnement.

L'enjeu de la bienfaisance et du respect de l'autodétermination touche notamment l'aspect de la dangerosité de personne, pour elle-même ou pour

autrui, qui est encadrée par une législation et des normes professionnelles permettant de retirer un individu de son milieu, sans son consentement, pour des questions de sécurité. En ce sens, il apparaît que certains intervenants se sentent peu outillés pour faire face à ce dilemme éthique, surtout pour les cas où les lois ne peuvent pas être invoquées.

Parce que ça j'te dirais que c't'un peu l'espèce de zone grise où la personne est pas encore dangereuse pour elle-même ou pour les autres mais elle s'enlève vers...mais là est pas encore. Mais là elle n'est pas encore dangereuse, elle ne risque pas de mourir, elle risque de passer au feu, elle ne risque pas de tuer quelqu'un, fait que là on peu comme pas rien faire. Y a c'te côté-là qui est un peu « tricky ». (Intervenant, Santé mentale, groupe de discussion, Sherbrooke).

À cet égard, étant donné que le professionnel a l'occasion de voir l'utilisateur évoluer directement dans son milieu de vie, celui-ci peut être témoin de différentes situations problématiques pouvant avoir trait à la santé et à la sécurité de l'utilisateur ou de son entourage (insalubrité, décompensations psychiatriques, lieux physiques non-sécuritaires, etc.). Le respect de l'autonomie de la personne est dès lors compromis. En ce sens, la prise en compte de l'appropriation de l'espace domiciliaire, c'est-à-dire le besoin de contrôler son environnement, constitue un enjeu de taille pour la pratique professionnelle.

Particulièrement pour le secteur Soutien à domicile, la question du respect du choix de la personne âgée quant à son milieu de vie et, par le fait même, la question du respect de son droit au consentement, apparaît également comme étant un enjeu éthique central dans ce champ d'intervention, non pas en principe, mais bien quant à son applicabilité.

Une personne qui est en perte d'autonomie, qui a des problèmes cognitifs a quand même droit de dire non. [...] Peut-on forcer [une] personne à aller en hébergement? [...] Puis on s'en pose des questions éthiques malgré tout de temps en temps. On fait quoi là? On respecte la volonté de la personne? Eh, il exprime lui que tout ce qu'il veut, c'est avoir sa bière pis son chèque. (Intervenante, Soutien à domicile, Sherbrooke)

On peut donc voir à quel point le professionnel qui effectue de l'intervention à domicile peut être confronté à certains dilemmes éthiques. Ces dilemmes éthiques seraient davantage présents dans un contexte de pratique à domicile où la prise en compte du besoin d'appropriation de l'espace constitue davantage un enjeu que dans un contexte d'intervention institutionnel.

Tu as le droit de choisir ton milieu de vie, même si tu es totalement inapte. À moins de mettre ta santé ou ta sécurité ou celle d'autrui en danger. [...] C'est ça qui est le plus inconfortable, puis tu ne le vois pas nécessairement en bureau. (Intervenante, Soutien à domicile, Sherbrooke)

5.2.3.6. *Enjeux organisationnels de l'intervention psychosociale à domicile pour la pratique professionnelle*

Un certain nombre d'enjeux identifiés dans notre analyse thématique touche les conditions organisationnelles du travail dans le système de la santé et des services sociaux actuel et plus particulièrement les conditions de travail des professionnels qui effectuent des interventions psychosociales à domicile. Ces enjeux touchent le temps et la surcharge de travail des intervenants, les questions relatives à leur besoin de supervision et de formation quant à l'intervention à domicile ainsi que les enjeux inhérents aux nombreux déplacements quotidiens qu'exige la pratique à domicile.

5.2.3.7. *Temps*

Parmi les enjeux qui ont émergé de notre analyse thématique, le fait que les visites à domicile demanderaient aux intervenants plus de temps est un thème qui est ressorti.

[À domicile], on se fait déranger souvent. [...] Puis là, bien c'est beaucoup plus long. (Intervenant, Soutien à domicile, Montréal)

On peut ainsi constater que le fait que les interventions à domicile seraient plus longues et exigeraient, par nature, un temps de déplacement serait,

entre autres attribuables au fait d'intervenir dans un milieu naturel ponctué d'imprévus et d'éléments perturbateurs. Ainsi, le fait que la pratique professionnelle à domicile exigerait davantage de temps ferait en sorte que certaines interventions qui devraient ordinairement s'effectuer à domicile se font au bureau, faute de disponibilités des intervenants.

Y a des fois qu'y a des semaines où c'est comme des fois j'pensais qu'j'allais être coincée dans mon horaire, j'disais : « Pouvez-vous venir cette semaine au CLSC? »
(Intervenante, Santé mentale, Sherbrooke)

C'est donc dire que les conditions organisationnelles de la pratique ne permettent pas de rendre totalement optimal le service à domicile. En effet, une grande majorité des intervenants que nous avons rencontrés ont affirmé manquer de temps pour effectuer de l'intervention à domicile. La surcharge de travail des intervenants semble être une réalité bien présente dans le domaine de la santé et des services sociaux et bon nombre d'intervenants ont abordé cette difficulté organisationnelle. Cette surcharge de travail affecte particulièrement les intervenants du secteur Soutien à domicile, qui, avec le vieillissement de la population que l'on connaît actuellement, connaît une augmentation fulgurante de sa clientèle et un alourdissement des problématiques.

Souvent, le petit travailleur social..., il ramasse tout ce que les autres veulent pas. [...] Tout le monde est surmené, tout le monde est en surcharge. [...] Jusqu'où en tant que travailleur social qui est sous un ordre professionnel, je réponds adéquatement aux besoins de ces clients-là quand je sais que je suis obligé de prioriser des trucs qui ont pas de bon sens. **(Intervenant, Soutien à domicile, Montréal)**

Nous voyons donc que la surcharge de travail des intervenants peut avoir un impact majeur sur la qualité des services offerts dans le réseau de la santé et des services sociaux. La moins grande disponibilité occasionnée par la surcharge de travail des professionnelles semble avoir des répercussions sur la satisfaction des usagers quant aux services reçus à domicile. En ce qui concerne la clientèle de Sherbrooke, une usagère a

mentionné les retards fréquents de son intervenante lors de rencontre à domicile, tandis qu'une autre personne a mentionné que les intervenants avaient un horaire peu flexible.

J'ai trouvé que les intervenants n'étaient pas disponibles au niveau de l'horaire. (Usagère, Enfance/Jeunesse/Famille, Sherbrooke)

Cette rigidité de l'horaire suscite encore plus d'insatisfaction chez les usagers du secteur du Soutien à domicile qui dépendent de la disponibilité du personnel professionnel et non professionnel pour la réalisation de leurs activités quotidienne et domestique.

Les désavantages, c'est que les services à domicile demeurent une forme tendre de dépendance, entre guillemets, là, à domicile. Puis c'est surtout en termes de choix de quand tu vas recevoir tes services. [...] On se couche à l'heure qu'ils veulent. On se lève à l'heure qu'ils veulent. (Usager, Soutien à domicile, Montréal)

Notons par ailleurs que cette insatisfaction quant au manque de disponibilité des intervenants n'a pas ressorti de l'analyse thématique des entrevues des usagers de Montréal.

Les conditions du travail entravent donc l'expression du potentiel de l'intervention à domicile. Ainsi, si l'une des valeurs de cette modalité d'intervention est justement d'accéder au contexte de vie de l'utilisateur, mais que la pression à la productivité fait en sorte que l'irruption du voisin soit perçue comme une nuisance plutôt que comme une dimension importante de ce même environnement, alors on voit comment les conditions du travail modulent le potentiel de pertinence de l'intervention à domicile.

5.2.3.8. *Supervisions cliniques*

La question des supervisions cliniques pouvant être apportée aux professionnels constitue également un enjeu important pouvant assurer une meilleure qualité des interventions cliniques des intervenants. Du côté des praticiens de Montréal, ces derniers affirment pouvoir bénéficier de tout le support clinique requis en ce qui a trait à la pratique à domicile. Ces

derniers déclarent obtenir du support et de la supervision de la part de leurs collègues et de leurs supérieurs, ainsi que des supervisions mensuelles de groupe, qui sont grandement appréciées. Il en est de même du côté des professionnels des secteurs Santé mentale et Enfance/Jeunesse/Famille de la région de Sherbrooke, qui bénéficient également d'un support clinique qui leur apparaît comme étant satisfaisant. Par contre, certains professionnels dénoncent un manque de support clinique tant en ce qui a trait au manque de disponibilités des supérieurs que de l'équipe interdisciplinaire.

J'ai peu de support, j'ai régulièrement des crises et j'ai peu de support dans les heures. C'est sûr que moi je rêve du moment où on pourra rentrer dans un bureau d'un conseiller clinique, je sais pas moi ne serait-ce qu'une fois par semaine, y avoir accès en dehors de réunion. [...] L'autre semaine, j'avais un autre dossier pis ça fait trois semaines que j'ai plein d'enjeux éthiques puis j'ai pas assez de place pour en parler. (Intervenante, Soutien à domicile, Sherbrooke)

Il apparaît que certains professionnels se sentent isolés face à l'ampleur des situations avec lesquelles ils sont appelés à intervenir et ils aimeraient pouvoir compter sur le support d'un conseiller clinique. Pour ces intervenants, cette lacune concernant les supervisions cliniques risque d'avoir un impact direct sur la pratique.

On en a une coordonnatrice clinique, mais a vient pas tellement souvent. Mais toutes les semaines, nous on a des rencontres de discussions de cas, ben ça nous permet de nous valider, d'objectiver nos impressions, d'aller chercher du support parce qu'on est tout seul avec ça. Fait que on fait beaucoup d'entraide entre nous parce qu'on est isolés, puis on n'a pas de coordination clinique à part que C. vient à l'occasion quand a l'a le temps. [...] Écoute, y peut se faire des erreurs monumentales, comment peut-on penser de mettre en place des services à une population quand on sait pas ce qui se passe sur le terrain? (Intervenante, Soutien à domicile, Sherbrooke)

Somme toute, nous avons vu dans ce chapitre que l'intervention psychosociale à domicile comportait plusieurs enjeux pour la pratique

professionnelle. Si la pratique professionnelle à domicile comporte plusieurs opportunités pour l'intervention sociale, il n'en demeure pas moins que cette modalité d'intervention est ponctuée de défis.

Premièrement, le fait d'entrer dans l'intimité de l'individu peut contribuer à favoriser le lien de confiance, à rendre la personne plus à l'aise et plus confortable dans l'intervention, à susciter un sentiment de valorisation, de contribuer à briser l'isolement en plus de permettre au professionnel d'inclure l'entourage dans l'intervention. En contrepartie, les enjeux relatifs à la composante de l'intimité posent des défis de taille au plan de la confusion des rôles professionnels, du respect de la confidentialité, de l'intrusion et de l'institutionnalisation du domicile. Nous pouvons donc constater la dialectique de la proximité créée par le domicile, s'inscrivant entre la convivialité, la confiance et l'échange d'information, d'une part, et d'autre part, par le caractère potentiellement intrusif de l'intervention publique.

En second lieu, nous avons vu que le chez-soi en tant que source d'identification et de reflet de l'image de soi offre aux professionnels qui effectuent des visites à domicile un portrait juste et global de l'utilisateur, facilitant ainsi l'évaluation psychosociale. En contrepartie, nous avons élucidé le fait que l'insalubrité de certains domiciles pouvait constituer un enjeu au plan du confort et de la santé de l'intervenant. Il ressort également le fait que l'intervention à domicile doit être continuellement contextualisée en fonction de divers éléments socioculturels.

Par surcroît, nous avons pu constater que le caractère accommodant de cette modalité d'intervention contribue grandement à favoriser l'accessibilité et la continuité de l'intervention. De plus, la pratique à domicile permet aux professionnels d'innover de nouvelles stratégies d'intervention telles que l'enseignement et le « modeling ». Aussi, nous avons pu voir des comportements de méfiance, voire d'agressivité, qu'adoptent certains usagers envers l'intervenant qui pénètre ce refuge. Nous avons vu que cette méfiance peut compromettre la sécurité de

l'intervenant. Par ailleurs, le contexte organisationnel du système de santé et de services sociaux actuel vient complexifier la pratique à domicile. Ainsi, la surcharge des praticiens et certaines lacunes au plan du support clinique ont été identifiées par les intervenants.

Pour nous, ces opportunités et ces défis de la pratique à domicile ne renvoient pas à des contradictions, mais bien à des tensions structurantes qui transcendent la pratique à domicile. En effet, à travers les propos des professionnels qui ont participé à notre étude, intervenir en dehors de la sécurité des murs de l'institution comporte de nombreux dilemmes, tensions et défis. Pour nous, une meilleure compréhension du concept de sécurité ontologique permettra un renouvellement des pratiques pouvant atténuer ces tensions.

Effectivement, à la lumière de cette première section, nous pouvons constater que la pratique à domicile fait appel au développement de nouveaux savoirs professionnels que l'on pourrait appeler des savoirs de proximité (Astier, 2007; Weller, 2002; Bréviglieri et coll., 2003; Soulet, 1997; Crevier, 2009). Par exemple, la capacité de conserver une distance professionnelle malgré le caractère chaleureux et convivial de la pratique à domicile en appel à ces savoirs de proximité (Crevier, 2009).

CONCLUSION

L'habité n'est pas demeuré à l'abri de l'importante évolution des politiques sociales dans le domaine de la santé et des services sociaux qui, dans tous les pays occidentaux, ont mis l'accent sur le maintien de la personne dans son milieu de vie. Comme l'affirme clairement la Politique québécoise de soutien à domicile « Tous les intervenants doivent contribuer à l'objectif du soutien à domicile ». Peut-on être plus explicite quant à la priorité accordée par le ministère de la Santé et des Services sociaux à cet objectif? Pourtant, ce mouvement dans l'espace de vie de la personne habitante ne va pas de soi, car il s'agit d'un travail mandaté institutionnellement qui pénètre dans le chez-soi de la personne desservie par le service.

L'intervention à domicile est-elle alors un facteur d'équilibre ou de déséquilibre quant à la sécurité et la liberté inhérente à l'habité? Est-ce que l'expérience d'habiter, une expérience liée à la santé et au bien-être de la personne, est compromise par cette intervention? Il serait pour le moins paradoxal que l'on réponde par la négative puisque l'objectif est justement que la personne puisse demeurer un habitant ou lorsqu'il s'agit d'une famille, que parents et enfants puissent être ensemble sous le même toit. Afin que ce travail mandaté s'inscrive adéquatement dans cette recherche d'équilibre de l'habitant, il importe, selon nous, que la signification du chez-soi et son corollaire naturel, la sécurité ontologique, soient considérées lors d'une intervention psychosociale à domicile. Le domicile constitue le territoire primaire de l'individu; si l'on veut favoriser le maintien ou le développement des capacités d'autodétermination de la personne, l'intervention à domicile ne peut faire l'économie de la prise en compte de ce territoire. Nos questions de recherche ont été élaborées sur cette hypothèse et nous pensons avoir démontré la pertinence pour l'intervention de tenir compte de la signification du chez-soi associée à la sécurité ontologique.

Aspects théoriques

Au niveau théorique, quelle a été la contribution de notre recherche? Il importe d'abord de rappeler que notre recension des écrits a démontré que la visée psychosociale est peu présente dans ces travaux. En premier lieu, nous avons démontré la pertinence des marqueurs de la sécurité ontologique qui ont été choisis dans cette recherche: intimité, appropriation, sécurité et identité. La signification du chez-soi et la sécurité ontologique, comme concepts, sont difficilement opérationnalisables, mais il nous est apparu que ces marqueurs de la sécurité ontologique, malgré leur forte imbrication, pouvaient être distingués, cernés. Il s'agit ici d'un

enrichissement de notre corpus théorique puisqu'au départ du projet, le concept de signification du chez-soi avait une plus grande centralité théorique que celui de sécurité ontologique. Toutefois, dans le cadre de nos travaux, nous avons fini par privilégier ce dernier concept qui nous est apparu plus significatif pour notre recherche. En regard de ce corpus théorique, nous avons démontré - et il s'agit là d'une autre contribution de notre recherche - la pertinence du concept de sécurité ontologique pour des personnes locataires puisque que l'ensemble, sauf l'une d'entre elles, des personnes usagères interviewées avaient ce statut. Étant donné que ce concept, dans le domaine de l'habitation, a été associé au fait d'être propriétaire, notre recherche ajoute aux travaux de Hulse et Saugères (2008), Padgett (2007), Mee (2006) quant à la pertinence d'utiliser le concept de sécurité ontologique en regard du vécu de l'habitant locataire et *a fortiori* lorsqu'il reçoit des services de soutien à domicile. Nos travaux ajoutent également à l'affirmation de Flecher (1996) quant au « housing as the foundation of community care ». En effet, le terme « housing », que l'on peut traduire par logement, est multidimensionnel.

Ce dernier peut être analysé en fonction de quatre éléments; chacun de ceux-ci joue un rôle crucial dans la qualité de vie et le bien-être des individus (Fuller-Tomson, 2000). Il s'agit du cadre bâti, des aspects sociaux et psychologiques, de l'environnement physique immédiat et des caractéristiques socioéconomiques du quartier. La signification du chez-soi et la sécurité ontologique, des facteurs intangibles, réfèrent quant à eux, aux aspects sociaux et psychologiques du logement. Cette multidimensionalité du logement illustre la complexité inhérente à l'intervention à domicile de même que la finesse avec laquelle nous devons aborder l'expérience de l'habité (Rosselin, 1995).

Nos travaux peuvent être également reliés à un cadre théorique : l'approche par les capacités. Cette approche met de l'avant non seulement les informations nécessaires pour porter un jugement sur la qualité de vie des personnes et des collectivités, mais aussi les contraintes sociales influençant et restreignant le bien-être d'une personne. Une personne pourra ainsi effectuer un certain nombre de réalisations, comme par exemple être socialement reconnue et respectée, se loger, pouvoir demeurer dans son milieu de vie. Les personnes en situation d'handicap de même que les femmes représentent des personnes privilégiées par cette approche compte tenu des barrières sociétales qui empêchent leur plein épanouissement. (Nussbaum, 2008). En ce sens, l'intervention psychosociale à domicile peut être un moyen de conversion

facilitant un accomplissement : soit le maintien à domicile ou le maintien de l'ensemble de la famille sous un même toit.

Il y a trois concepts centraux dans l'approche : celui de capabilité, de conversion et de fonctionnement ou d'accomplissement. La capabilité « désigne ainsi la liberté, pour un individu, de détenir les potentialités de concevoir un choix de manière autonome, mais aussi la liberté d'avoir accès effectivement à des choix » (Reboud, 2006 : 221). Ce qu'il s'agit de distribuer de façon équitable, ce ne sont pas seulement des libertés formelles, des revenus et des ressources, mais des capabilités de développer des modes de fonctionnement humains fondamentaux. Mais pour ce faire, des fenêtres d'opportunités doivent s'ouvrir, sinon la liberté de choix ne peut s'actualiser. D'où le rôle clé que joue la notion de facteur de conversion dans cette approche, ce que Munck (2007) nomme d'ailleurs « une innovation conceptuelle capitale ». C'est le mouvement introduit par la combinaison des facteurs de conversion qui détermine collectivement la capabilité d'une personne à accéder à tout un ensemble de réalisations. S'appuyant sur une base informationnelle élargie, cette approche met l'accent sur les facteurs de conversion permettant la transformation de droits et de libertés formelles en des droits réels et des libertés réelles, c'est-à-dire des capabilités.

La notion théorique qui fonde la maximisation du bien-être (c'est) la capacité des gens de maximiser leur propre potentiel humain, d'être aussi peu dépendants que possible, d'être actifs. C'est clairement là une notion individualiste, mais d'un individualisme qui est en définitive social. Plus spécifiquement, le potentiel des individus renforce leur capacité d'être solidaires et de contribuer à la collectivité humaine. Le contraste est marqué avec l'individualisme du credo libéral, dans lequel l'efficacité de l'individu sert d'abord et avant tout ses propres besoins (Esping-Andersen, 2000 : 6).

La personne qui dispose ainsi d'un certain espace de liberté (liberté d'accomplir) dont elle n'est pas la seule responsable, choisit certaines trajectoires de vie parmi ceux possibles et réellement atteignables : elle choisit d'accomplir certains « fonctionnements » dans l'ensemble des combinaisons de fonctionnements qu'il lui est possible de choisir.

De l'intervention à domicile

En utilisant ces marqueurs de la sécurité ontologique que sont l'identité, la sécurité, l'appropriation et l'intimité, nous avons été ainsi à même de saisir leur centralité pour appréhender ce facteur intangible qu'est la signification du chez-soi pour la personne habitante.

Conséquemment, la prise en compte de la sécurité ontologique dans un contexte d'intervention à domicile ne peut se faire, comme le mentionnent si bien Gagnon et Saillant (2000), au hasard et sans précaution. Il faut « savoir rester à sa place » comme le dit si bien l'adage populaire. Comme l'ont démontré les résultats de notre analyse thématique, intervenir dans la sphère privée de l'utilisateur doit se faire avec une délicatesse et un savoir-être professionnel bien particulier. L'intervenant doit ainsi user de différentes compétences professionnelles afin d'être en mesure d'appréhender la multitude de seuils associés aux différents degrés d'intimité d'une personne. La prise en compte de l'intimité nous est apparue comme étant un élément central de nos résultats de recherche. Il n'en reste pas moins, comme nous l'avons vu, que les risques d'intrusion et d'institutionnalisation du domicile constituent des enjeux centraux de l'intervention à domicile. Ce dernier peut littéralement devenir un carrefour où se croisent et s'entrecroisent nombre d'intervenants.

D'autre part, comme le chez-soi a une forte connotation identitaire et est un reflet de l'image de soi, ces éléments identitaires ont grandement avantage à être pris en compte dans l'intervention à domicile. Nous avons ainsi vu chez les usagers que nous avons rencontrés à quel point avoir un chez-soi pouvait être synonyme de contrôle et de liberté, mais aussi d'accomplissement et de fierté, ainsi que l'importance pour la pratique professionnelle d'en prendre acte. Cette prise en compte passe par la considération du contexte culturel et générationnel dans lequel se déroulent les visites à domicile. Ainsi, les éléments identitaires, tels que la décoration, la disposition des lieux et l'ordre et la propreté des lieux sont intégrés dans l'évaluation psychosociale, d'une part, et dans l'intervention, d'autre part par les intervenants rencontrés.

Nous avons aussi constaté à quel point l'expérience d'habiter un domicile, de le faire sien afin qu'il devienne notre chez-soi est une expérience non négligeable pour les personnes vulnérables en quête d'autonomie. Ces personnes ont toutes, à leur façon, exprimé leur désir farouche d'habiter un chez-soi. Pour ces dernières, habiter un lieu est synonyme d'autonomie, de stabilité, d'enracinement. La prise en compte de ce besoin d'appropriation de l'habité pose différents enjeux pour la pratique professionnelle. En ce sens, le respect de l'appropriation et de l'autodétermination de la personne et de son expérience de l'habité pose différents dilemmes éthiques pour la pratique professionnelle.

Enfin, le chez-soi est synonyme de besoin primaire de sécurité pour la personne. Or, nous avons vu que la clientèle des services de santé et de services sociaux est souvent composée de

personnes qui doivent relever le défi de vivre dans une situation de précarité et de pauvreté. Qui plus est, les piètres conditions de vie et de mal-logement dans lesquelles ces personnes sont appelées à évoluer viennent grandement questionner les programmes sociaux dans le champ de l'habitation et en matière de lutte à la pauvreté. De plus, les épreuves de l'habité vécues comme des traumatismes importants pour les personnes constituent une réalité méritant d'être mieux explorée pour le renouvellement des pratiques d'intervention sociale à domicile. Ces personnes pour qui le besoin de sécurité est d'autant plus grand sont pourtant parmi celles qui ont peut-être le plus de difficultés à obtenir une telle sécurité. Leurs options en termes de logements sont, en effet, des plus limitées compte tenu du fait qu'ils vivent dans la pauvreté. De plus, l'offre de logements sociaux est nettement insuffisante en regard de la demande; une personne peut ainsi attendre plusieurs années avant d'avoir accès à un tel logement.

Si la recension des écrits que nous avons effectuée nous est apparue pessimiste quant à la prise en compte de la sécurité ontologique dans le cadre de pratiques d'intervention à domicile, nous avons constaté qu'en réalité, les intervenants étaient justement conscients de l'importance de la signification du chez-soi et de la sécurité ontologique pour les usagers. Notons toutefois une exception notable. Les intervenants semblent sous-estimer le besoin de sécurité de l'habitant alors qu'ils sont préoccupés par leur propre sécurité lorsqu'ils interviennent à domicile.

Quant aux enjeux pour la pratique professionnelle, à la lumière de l'analyse thématique des entrevues effectuées avec les intervenants, nous avons remarqué une préoccupation, voire un malaise, à l'idée de perdre la sécurité des « murs » de l'institution. À domicile, le professionnel se sent davantage déstabilisé dans son travail et la crainte de perdre de vue son rôle professionnel est plus présente. En ce sens, la confusion des rôles professionnels apparaît comme étant plus présente dans un contexte de pratique à domicile.

Toutefois, cette pratique est aussi porteuse d'opportunités précieuses pour la pratique professionnelle. En effet, nous avons vu que l'intervention à domicile peut contribuer à favoriser le lien de confiance, à rendre la personne plus à l'aise et plus confortable dans l'intervention, à susciter un sentiment de valorisation, à contribuer à briser l'isolement en plus de permettre au professionnel d'inclure l'entourage dans l'intervention. En contrepartie, les enjeux relatifs à la composante de l'intimité posent des défis de taille au plan de la confusion des rôles professionnels, du respect de la confidentialité, de l'intrusion et de l'institutionnalisation du domicile. Nous pouvons donc constater la dialectique de la proximité créée par le domicile,

s'inscrivant entre la convivialité, la confiance et l'échange d'information d'un côté, et du caractère potentiellement intrusif de la visite à domicile, de l'autre. Nous avons également pu constater que l'intervention à domicile s'inscrit dans une réalité organisationnelle du système de santé et des services sociaux québécois ponctuée de défis et d'enjeux, tels que les coupures budgétaires et la surcharge des praticiens.

Peu de recherches au Québec ont exploré cet espace de vie qu'est le domicile dans le cadre d'une intervention psychosociale à domicile, et encore moins, par le prisme de la sécurité ontologique. Il s'agit donc d'une contribution originale à un objet de connaissances, le soutien à domicile et l'intervention à domicile, qui suscite l'intérêt de nombre de chercheurs québécois depuis plusieurs années. Les marqueurs de la sécurité ontologique utilisés, outre de nous faire pénétrer dans l'univers domestique de la personne habitante dans son quotidien, nous ont aussi permis de constater que le mal-logement demeure un fait troublant dans notre société. À cet égard, notre société ne pourra faire longtemps l'économie d'une politique d'habitation qui aura notamment comme priorité de développer le logement social afin que le « Chez-soi, premier choix » puisse s'exercer dans un environnement adéquat. Nous pensons également que les « épreuves de l'habité » méritent une plus forte attention, tant de la part des chercheurs que des praticiens.

BIBLIOGRAPHIE

- Adkins, B., Barnett, K., Greenhalgh, E., Hefferman, M. (2003). Women and Homelessness: Innovative practice and exit pathways, Paper presented at the 3rd National Homelessness Conference « Beyond the divide », Brisbane.
- Agence la santé et des services sociaux de l'Estrie, (2008).
- Angus, J., Kontos, P., McKeever, P., Poland, B. (2005). The personal significance of home: habitus and the experience of receiving long-term home care. *Sociology and Illness*, 27-2, pp.161-188.
- Allen, S.F., Tracy, E.M. (2004). Revitalizing the role of visiting by school social workers. *Children & Schools*, vol. 26, no. 4, octobre, 197-208.
- Arendt, H. (1982). La condition moderne Paris, Calman-Lévy
- Aronson, J. (2002). Eldery people's accounts of home care rationing : missing voices in long-term care policy debates. *Ageing and society*, 22-4, pp. 399-419.
- Aronson, J. et Neysmith, S.M. (2001). Manufacturing Social Exclusion in the Home Care Market, *Canadian public policy*, 27-2.
- Astier, I. (2007). Les nouvelles règles du lien social, PUF.
- Bachelard, G. (1964). La poétique de l'espace, Paris, PUF.
- Borg, M. et al. (2005) What makes a house a home : the role of material resources in recovery from severe illness, *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, vol. 8, no. 3, pp. 243-257.
- Breviglieri, M. (1999). L'usage et l'habiter. Contribution à une sociologie de la proximité. Thèse de doctorat : EHESS, 463 p.
- Breviglieri, M., Pattaroni, L., Stavo-Debaugé, J. (2003). Les effets de l'idée de proximité sur la conduite et le devenir du travail social. *Schweizerische Zeitschrift für soziologie*, 29(1), pp. 141-157.
- Breviglieri, M. (2005). La décence du logement et le monde habité : une enquête sur la position du travailleur social dans les remous affectifs de la visite à domicile. In Peroni, M. et Roux, J. (dir), *Sensibiliser. La sociologie dans le vif du monde*, Éditions de l'Aube, pp. 90-104 .
- Carter, Polevychok, (2004). Housing is good social policy. Canadian policy research networks inc. 61 p.
- Chabot, D. (2004). Les programmes de santé mentale au ministère de la Santé et des Services sociaux. Dans l'habitation comme déterminant social de la santé mentale, dans ACFAS, sous la direction de Beaulieu, A et Henri Dorvil, *Cahiers scientifiques*, Montréal, pp. 13-17.
- Charpentier et coll. (2006). Stratégies de vie et pouvoir d'agir des personnes âgées vivant en milieu d'hébergement. *Revue Intervention*, no. 124, Juin, pp. 42-51.
- Chevrier, J. (2003). « La spécification de la problématique » dans Gauthier, B. (dir.). Recherche sociale : de la problématique à la collecte de données, Sainte-Foy, Presses de l'Université du Québec, 51-84.
- Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse (2003). Après 25 ans La Charte québécoise des droits et libertés, Volume I, Bilan et recommandations, Montréal, 150 p.
- 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.
- Couturier, Y. et Carrier, S. (2004). « Pratiques fondées sur les données probantes en travail social : un débat émergent », dans *Nouvelles Pratiques Sociales*, 16-2: 68-79.

- Crevier, M. (2009). La proximité relationnelle et l'intervention à domicile en Centre de santé et de services sociaux. Mémoire de maîtrise en service social, Université de Sherbrooke, 153 p.
- Debout, R., (2001). Trauma-informed approaches to housing, *New Directions for Mental Health Services*, 89, pp. 47-55.
- Després (1991). The meaning of home: literature review and directions for future research and theoretical development. *Journal of Architectural and Planning research*, vol. 7 pp. 96-115.
- Dockery, A.M., Melsom, N. (2005). Who cares about housing anyway?
- Dorvil, H., Morin P., Beaulieu, A., Robert, D. (2002). Le logement comme facteur d'intégration sociale pour les personnes classées malades mentales, *Déviance et Société*, 26-4, 497-515.
- Dunn, J. R (2000). Housing and health inequalities: review and prospect for research, *Housing Studies*, vol. 15, no. 3 pp. 341-366.
- Élias, N. (1991). La société des individus, Paris, Fayard.
- Esping-Andersen, G. (2000). Social indicators and welfare monitoring : social policy and development programme, Paper no. 2, Geneva: United Nations Research Institute for Social Development
- Flamand, J-P. (2004). L'abécédaire de la maison, Paris, Éditions de la Villette.
- Fleury, M-J., Grenier, G. (2004). Historique et enjeux du système de santé mentale québécois, *Rupture, revue transdisciplinaire en santé*, vol. 10, no. 1, pp. 21-38.
- Fuller, A. (2004). Crisis: home-based family therapy. *The Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 25(4), 177-182.
- Gagnon, E., Saillant, F. (2000). De la dépendance et de l'accompagnement : soins à domicile et liens sociaux, Sainte-Foy, P.U.L., 232 p.
- Giddens, A. (1994). Les conséquences de la modernité, Paris, L'Harmattan.
- Gilroy, R. (2005). The role of housing space in determining freedom and flourishing in older people. *Social Indicator research* 74 : 141-158.
- Gurney (1990). The meaning of home in the decade of owners occupation. Towards an experiential research agenda. Bristol, SAUS, Working paper, pp.88.
- Hanssen, D. V. (2004). *Looking inside the black box of intensive family preservation services*. Dissertation Abstracts International, A: The Humanities and Social Sciences, 64,8.
- Hébert, R. (2004). « PRISMA : un modèle novateur pour l'intégration des services pour le maintien de l'autonomie » dans Intégrer les services pour le maintien de l'autonomie des personnes, EDISEM : 9-24.
- Heywood, F. (2005). Adaptation: altering the house to restore the home, *Housing Studies*, vol.20, no.4, pp. 531-547.
- Heywood et coll. (2002). « Housing and home in later life ». Buckingham, Open University Press, 2002.
- Higgins, J., (1989). Homes and institutions, 159-173, dans Allan, G., Crow, D., (eds), *Home and the family, Creating the domestic sphere*, Mac Millan, London, 190 p.
- Hiscock, R., Kearns, A., Macintyre, S., Ellaway, A. (2001). Ontological security and psychosocial benefits from the home: qualitative evidence on issues of tenure, *Housing, Theory and Society*, 18 1-2, pp. 50-66.
- Hulse, K., Saugueres, L. (2008). Housing insecurity and precarious living: An Australian exploration. AHURI, Final report 124.
- Imrie, R. (2004). Disability, embodiment and the meaning of home, *Housing Studies*, vol. 19, no. 5, pp. 745-763.
- Kaufmann, J.-C.-. (1988). La CHALEUR DU FOYER, Paris, Méridiens, 190 p.

- Kaufmann, J.-C. (1989). *La vie ordinaire*. Paris Édition Gréco, 156 p.
- Kearns, A., Hiscock, R., Ellaway, A., Macintyre, S. (2000). Beyond four walls. The psychosocial benefits of Home: evidence from west central Scotland, *Housing Studies*, vol.15, no.3, pp.387-410.
- Kirkpatrick, H., Byrne, C. (2009). A narrative inquiry: moving on from homelessness for individuals with a major mental illness, *Journal of Psychiatric and mental health nursing*, vol. 16, pp. 68-75.
- Knowles (2000). *Bedlam in the streets*, London, Routledge.
- Laing (1969). *Self and others*. Tavistock Publications, 2nd edition, 169 p.
- La Mache, D. (2003). Homes sweet homes... L'univers domestique en HLM, *Ethnologie française*, XXXIII, pp. 473-488
- Lecompte, Y. (1997). De la dynamique des politiques de désinstitutionnalisation au Québec. *Santé mentale au Québec*, 22 (2), pp. 7-24.
- Lee, R.M., Esterhuizen, L., (2000). Computer software and qualitative analysis: trends, issues and resources. *International journal of social research methodology*. 3-3, p.231-245.
- Leeson, G. W. (2006). My home is my castle-housing in old age: the Danish longitudinal future study, *Journal of Housing for the elderly*, vol. 20, no. 3, pp. 61- 75.
- MacLeod, J., Nelson, G., Desmarais, S. (2002). Programms for the promotion of family wellness and the prevention of child maltreatment: a meta-analytic review, *Child Abuse and Neglect*, vo.24, no.9, pp.1127-1149.
- Magnusson, A., Severinsson, E. and Lützèn, K. (1999). Intrusion into patient privacy: a moral concern in the home care of persons with chronic mental illness. *Nursing Ethics*, 6 (5).
- Magnusson, A., Lützèn, K, Severinsson, 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., Severinsson, E. and Lützèn, K. (2003). Reconstruction mental health nursing in home care. *Journal of Advanced Nursing*, 43 (4), 351-359.
- Mallett, S. (2004). Understandins home: a critical review of the litterature, *The Sociological Review*, 52-1, 62-89.
- Malette, L., (2003). La psychiatrie sous influence. *Revue Santé mentale*, 28-1, p-298-319.
- Mayer et coll. (2000). *Méthodes de recherche en intervention sociale*. Éd. Gaëtan Morin, Boucherville, 409 p.
- Mee, K. (2007). « I ain't been to haven yet? Living here, this is heaven to me »: Public housing and the making of home in Inner Nwecastle, *Housing, Theory and Society*, 24, no. 3, pp. 207-228.
- Mifflin, E., Wilton (2005). No place like home : rooming houses in contemporary urbvan context, *Environment and Planning* , vol. 37, no. 3, pp. 403-421
- Miles, M.B., Huberman, A.M. (1984). *Qualitative Data analysis: a source book of new methods*. Beverly Hills, Sage Pub, 263 p.
- Milligan, C. (2003). Location or dis-location? Towards a conceptualization of people and place in the care-giving experience. *Social & Cultural Geography*, 4-4, Décembre.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (1994). *Cadre de référence sur les services à domicile*, Québec, Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (1989). *La politique de santé mentale*, Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2005a). *Plan d'action 2005-2010 sur les services aux aînés en perte d'autonomie : Un défi de solidarité*, 45 p.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux (2005c). *Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité*, Québec.

- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2004). Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles en contexte de vulnérabilité. Cadre de référence, 87 p.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux, (2003). Politique de soutien à domicile : le premier choix, Québec, 43 p.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2002). Stratégie d'action pour les jeunes en difficulté et leurs familles, Québec.
- Ministère des Affaires Sociales (1979). Les services à domicile : politique du ministère des Affaires Sociales, Québec.
- Morin et Coll. (2003). Le pouvoir d'agir des personnes ayant des problèmes majeurs de santé mentale logeant en maison de chambres. Rapport de recherche. Groupe de recherche sur les aspects sociaux de la prévention (GRASP), Montréal, 105 p.
- Morin, P., Dorvil, H. (2008) Le logement comme déterminant social de la santé pour les personnes ayant des problèmes sévères de santé mentale, pp. 23-40 dans Morin, P., Baillargeau, E. (dir) (2008). L'habitation comme vecteur de lien social, Québec, Presses de l'Université du Québec, 306 p.
- Morin, P., Dorvil, H. (2008) Le pouvoir d'agir des personnes ayant des problèmes majeurs de santé mentale logeant en maison de chambres, pp. 41-74 dans Morin, P., Baillargeau, E. (dir) (2008). L'habitation comme vecteur de lien social, Québec, Presses de l'Université du Québec, 306 p.
- Morris, J. (2003). The home visit in family therapy. *Journal of family psychotherapy*, 14(3), pp. 95-99.
- Munck, de J. (2007). Qu'est-ce qu'une capacité, pp. 21-50, dans Munck, de, J., Zimmermann, B. La liberté au prisme des capacités, EEHESS, Raisons pratiques, Paris.
- Nelson, J. et Saegert, S. (2008). Housing and quality of life dans Preedy, V.R., Watson, R.R. (eds) handbook of disease burdens and quality of life measures, Heidelberg, Germany: Springer-Verlag.
- Nepveu, P. (2005). Lecture des lieux, Montréal, Boréal.
- Nettleton, S., Burrows, R. (1998). Mortgage debt, insecure home ownership and health: an exploratory analysis, *Sociology of Health & Illness*, vol.20, no.5, pp.731-753.
- Nussbaum, M.-C. (2008). Femmes et développement, L'approche par les capacités, Éditions des Femmes, Paris.
- Nussbaum, M.-C. (2006). Frontiers of justice, Disability, Nationality, Species membership, Harvard, Harvard University Press.
- Nussbaum, M.-C. (2003). Capabilities as fundamental entitlements: Sen and social justice, *Feminist Economics*, vol. 9, no.2-3, pp. 33-54.
- Padgett, D.K. (2007). There's no place like (a) home: ontological security among persons with serious mental illness, *Social Science and Medicine*, 64, pp. 1925-1936.
- Paillé, P., Muchelli, A (2005). L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales, Armand Colin, 205 p.
- Parent, P.-P. (2004). Intervenir auprès des familles, Paris, L'Harmattan, 254 p.
- Pirès (1997). « De quelques enjeux épistémologiques d'une méthodologie générale pour les sciences sociales », dans Poupard et coll., La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques. Gaetan Morin, pp. 3-54.
- Quinn Patton, M. (2002). Qualitative research et evaluative methods. (troisième éd.) Thousand Oaks (Ca), Sage Publications.
- Raphael, D. et Bryant, T. (2006). The state's role in promoting population health: Public health concern in Canada, USA, UK and Sweden, *Health policy*, 78-1, pp. 39-55.

- Reboud, V. (dir). (2006). Conclusion générale : qu'est-ce qu'un « bon » programme de développement dans Reboud, V. (dir). Amartya Sen : un économiste du développement, Paris, Agence Française de développement, pp. 221-230.
- Rosselin, C. (1995). Entrée, entrer, Approche anthropologique d'un espace du logement, *Espaces et Sociétés*, no. 98, pp. 83-96
- Roy, J. (1994). L'histoire du maintien à domicile ou les nouveaux apôtres de l'État, *Service social*, vol. 43-1, 31 p.
- Saunders, P. (1984). Beyond housing classes: the sociological significance of private property rights in means of consumption, *International Journal of Urban and regional research*, vol.8 no.2, 161-174.
- Saunders, P. (1986). Social theory and the urban question, London, Hutchinson.
- Saunders, P. (1989). The meaning of home in contemporary English culture, *Housing Studies*, vol. 4 pp.177-192.
- Saunders, P., Williams, P. (1988). The constitution of the home: towards a research agenda, *Housing Studies*, vol. 3 pp.81-93.
- Savoie-Zajc, L. (2003). « L'entrevue semi-dirigée » dans Gauthier, B. (dir.). Recherche sociale : de la problématique à la collecte de données, Sainte-Foy, Presses de l'Université du Québec, 293-316.
- Sebley, D. (1995). Geographies of exclusion, London, Routledge.
- Serfaty-Garzon, P. (2003). Chez-soi, les territoires de l'intimité, Paris, Armand Colin, 256 p.
- Sivadon, P. (1983). Temps de travail, temps pour vivre. Analyses pour une psychopathologie du temps. P. Mardaga, Bruxelles, 299 p.
- Sommerville, (1997). « The Social Construction of Home » *Journal of Architectural and Planning Research*, pp. 226-245.
- Somerville, P. (1992). Homelessness and the meaning of home : rootlessness or rootlessness?, *International Journal of Urban and Regional Research*, vol. 16, pp. 529-539.
- Soulet, M-H. (1997). Petit précis de grammaire indigène du travail social. Règles, principes, paradoxes de l'intervention sociale au quotidien, Éditions universitaires Fribourg, Suisse, 268 p.
- Sylvestre, J. Nelson, G., Sabloff, A., Peddle, S. (2007). Housing for people with serious mental illness: A comparison of values and research, *Am. J. Community Psychology*, 40 : pp. 125-137.
- Taam, M. (1999). What does a home mean and when does it cease to be a home? Home as a setting for rehabilitation and care? *Disability and rehabilitation*, 21-2, pp. 49-55.
- Thalineau, A. (2002). L'hébergement social : espaces violés, secrets gardés. *Ethnologie française*, 32-1, pp.41-48.
- Thomas et Dittmar (1995). The experience of homelessness women : an exploration of housing histories and the meaning of home, *Housing Studies*, vol. 10, no. 4, pp. 493-515.
- Twigg, J. (2002). The body in social policy : mapping a territory, *Journal of Social Policy*, vol. 31, pp. 421-439.
- Twigg, J. (1999). The spatial ordering of care: public and private in bathing support at home, *Sociology of Health and Illness*, vol. 21, pp. 381-400.
- Vaillancourt, Y., Jetté, C. (2001). « Québec : Un rôle croissant des associations dans les services à domicile », dans *Les services sociaux entre associations, état et marché*, Paris, La Découverte/MAUSS/ CRIDA, 66-90.
- Wardaugh, J. (1999). The unaccommodated woman : home, homelessness and identity; *Sociological review*, vol. 47, no. 1, pp. 91-109.
- Weller, J-M. (2002). « Stress relationnel et distance au public. De la relation de service à la relation d'aide. » *Sociologie du travail*. 44, pp. 75-97.

- Wilcoks, D., Peace, S., Kellaher, L. (1987). Private lives in public spaces: a research based critique of residential care in local authority old people's homes, London, Tavistock Publications.
- Wistanley et coll., (2002). Moving house. Creating home: Exploring residential mobility, Housing Studies, vol. 17, no. 6, p. 813-832+.

ANNEXE 1

Canevas d'entrevues pour les intervenants

ANNEXE 1

CANEVAS D'ENTREVUES POUR LES INTERVENANTS

BLOC 1: SUIVI À DOMICILE ET ENJEUX POUR LA PRATIQUE PROFESSIONNELLE

Selon vous, quels sont les avantages d'aller à domicile au lieu de rencontrer la personne au bureau? (exemple : proximité)

Quels sont les inconvénients de l'intervention à domicile?
(Exemples : bruit, présence d'autres membres de la famille de l'utilisateur, etc.).

Avez-vous la latitude d'aller ou non à domicile? En auquel cas, quels sont vos critères de décision?

Comment le fait d'aller à domicile influence-t-il la création du lien entre vous et la personne?

Comment le fait d'aller à domicile influence-t-il votre perception de la situation de la personne?

Que se passe-t-il lorsqu'il y a d'autre(s) personne(s) de présente(s) dans le logement?

Lors d'entrevues cliniques, il arrive parfois que la personne vive des émotions plus difficiles (ex : pleurs). Y a-t-il des interventions spécifiques lorsque ces débordements émotionnels se vivent dans le cadre de visites à domicile?

Si oui, quelles sont ces interventions spécifiques?

Décrivez-moi les autres stratégies d'intervention spécifiques au suivi à domicile?

Y en a-t-il qui seraient spécifiques à votre secteur d'activités?
(situation de contrôle, de surveillance)

Quant à cet aspect, selon vous, y a-t-il des différences entre les buts de l'intervention à domicile et les buts de l'intervention en établissement. Si oui, lesquels?

Est-ce que vous vous sentez en sécurité lorsque vous allez à domicile? Parlez-moi de situations où vous vous n'êtes pas senti en sécurité?

Pouvez-vous me donner un ou des exemples de situation où vous avez ressenti un malaise, un inconfort lors d'une intervention à domicile?

D'après vous, quels sont les enjeux éthiques de l'intervention à domicile?

Pouvez-vous me raconter une situation d'intervention à domicile où vous vous êtes retrouvé face à un dilemme éthique?

BLOC 2 : SIGNIFICATION DU CHEZ-SOI ET SÉCURITÉ ONTOLOGIQUE

Pour vous, qu'est-ce que cela veut dire d'avoir un chez-soi?

Êtes-vous familier avec les différents types de milieux dans lesquels vous devez intervenir? (milieu défavorisé, milieu plus aisé, etc.)

À quoi observez-vous qu'un endroit est habité?

Selon votre expérience, est-ce que les personnes ont tendance à parler spontanément de leur chez-soi? En auquel cas, de quoi parlent-elles? (Ex. : parle de la décoration, parle qu'elle veut déménager, etc.)

Sur ce sujet, avez-vous constaté une différence avec une entrevue en établissement? (s'il y a lieu)

Selon vous, est-ce qu'il y a une dimension culturelle au chez-soi? Pouvez-vous m'en parler davantage?

Décrivez-moi une de vos dernières interventions à domicile : je vais vous demander des questions qui vont s'inscrire dans une suite d'étapes.

— Pourquoi cette entrevue s'est-elle déroulée à domicile?

Avant la visite, vous êtes-vous préparés? Si oui, de quelle façon?

Que faites-vous lorsque vous franchissez le seuil de la porte? Quelles sont vos attitudes à ce moment précis?

- Lorsque la personne vous a accueilli, comment cela s'est-il déroulé? (très accueillante, méfiante, etc.)
- Avez-vous eu accès à plusieurs pièces de la maison ou du logement? Décrivez-moi le domicile de la personne chez qui vous êtes allés lui rendre visite. Logement? Maison? Combien de pièces? Est-ce que la personne vivait seule?

En regard de l'atmosphère (propreté, bruit, querelles entre membres de la famille, va-et-vient et des attitudes de la personne durant votre intervention à domicile?) et des attitudes de la personne (semblait contente de vous accueillir, semblait gênée, anxiété, semblait méfiante, etc.). Nous avons divisé en trois temps la période.

- Parlez-moi de la période qui a précédé l'entrevue (propre au domicile)?
- Dans quelle atmosphère s'est déroulée l'entrevue elle-même? (Ex. : pendant l'entrevue, avez-vous été dérangé par le téléphone, par des membres de la famille, des visiteurs, présence d'animaux domestiques?)
- Que s'est-il passé après la fin de l'entrevue?

— Dans le contexte de ce suivi à domicile, pouvez-vous décrire le lien qui s’est créé avec cette personne dans le contexte d’un suivi à domicile?

BLOC 3 : SUPERVISIONS CLINIQUES, BESOINS DE FORMATION

Décrivez-moi le type de support que vous apportent vos collègues et vos coordonnateurs cliniques en regard de vos interventions à domicile?

Quels seraient vos besoins de formation liés à l’intervention à domicile?

Il y a-t-il d’autres aspects liés à l’intervention à domicile que vous aimeriez me parler?

Merci de votre collaboration!

ANNEXE II

Canevas d'entrevue avec les personnes usagères

ANNEXE II

CANEVAS D'ENTREVUE AVEC LES PERSONNES USAGÈRES

BLOC 1 : INFORMATIONS GÉNÉRALES

— Depuis combien de temps habitez-vous à votre domicile actuel? Y a-t-il une ou des personnes qui habitent avec vous?

— Si vous aviez à présenter votre domicile à quelqu'un d'autre, que lui diriez-vous?

Question spécifique au secteur du soutien à domicile : (S'il y a lieu)

Est-ce que votre logement a fait l'objet d'aménagement pour vous permettre d'y demeurer? Y a-t-il des équipements?

— Depuis combien de temps recevez-vous des services à domicile?

— Vivez-vous seul ou avec d'autres?

— S'agit-il de votre premier suivi à domicile? (régularité)

— Sinon, quels ont été ces autres suivis?

BLOC 2 : SÉCURITÉ ONTOLOGIQUE ET SIGNIFICATION DU CHEZ-SOI

C'est quoi pour vous avoir un chez-soi?

Parlez-moi des personnes qui viennent vous visiter.

Décrivez-moi le quartier dans lequel vous habitez.

Décrivez-moi votre voisinage. Quelle relation entretenez-vous avec votre voisinage?

Qu'est-ce qui est important dans l'aménagement de votre domicile?

Avez-vous perçu que les intervenants ont voulu modifier votre environnement? Si oui, expliquez.

Qu'est-ce qui est important dans la décoration de votre domicile?

Y a-t-il une pièce à l'intérieur de votre domicile qui vous est particulièrement chère, qui représente votre intimité et qui serait « votre coin favori »? Pourquoi?

Quels sont les plus beaux moments que vous avez vécus à domicile?

Lorsque vous pensez à vos expériences en lien avec le domicile, y a-t-il des mauvais souvenirs qui ressurgissent? Si oui, souhaitez-vous nous en parler? Est-ce que cela a changé votre rapport à votre chez-soi?

Comment vivez-vous le fait de recevoir des services à domicile? (vous vous sentez envahi, méfiance, gêne, etc.)?

Parlez-moi de l'importance de demeurer à votre domicile de façon autonome. Avez-vous d'autres éléments qui vous viennent en tête? (Être dans vos meubles/contrôle/liberté/vos limites/expression de vos besoins.)

BLOC 3 : SUIVI À DOMICILE

Décrivez-moi les raisons qui vous amènent à avoir besoin de services à domicile.

Aviez-vous des réticences au tout début? Si oui, pour quelles raisons? Qu'en est-il maintenant?

Qu'avez-vous ressenti la première fois qu'un intervenant a franchi le seuil? Et maintenant?

Y a-t-il plusieurs intervenants qui viennent vous visiter à votre domicile? Avez-vous l'impression qu'il y en a trop? (combien)

Y a-t-il d'autres personnes qui viennent vous aider à part des intervenants?

Selon vous, quelles sont les particularités de recevoir des intervenants à domicile?

Quelle est la différence entre recevoir des intervenants chez vous au lieu de vous déplacer pour aller rencontrer les intervenants à leur bureau?

D'après vous, quels seraient les avantages de l'intervention à domicile?

Quels seraient les désavantages de l'intervention à domicile?

Comment le fait de recevoir les services à domicile influence-t-il la relation avec votre intervenante?

Avez-vous vécu un moment important avec votre intervenante?

Vous est-il arrivé de mettre un intervenant à la porte?

Vous est-il arrivé de devoir quitter votre domicile durant la dernière année? Si oui, comment avez-vous vécu cela?

Décrivez-moi comment s'est déroulée la dernière visite de votre intervenant à votre domicile.

- Avant l'arrivée de l'intervenant, comment vous sentiez-vous?

- Comment vous êtes-vous préparé à sa visite?
- Lorsqu'il ou franchi le seuil d'entrée, de quelle façon l'avez-vous accueilli?
- Par la suite, qu'avez-vous fait? Dans quelle pièce l'avez-vous invité à se rendre? Votre rencontre s'est-elle déroulée tout au long dans cette pièce?
- Est-ce qu'il y a des pièces que vous ne vouliez pas que l'intervenant ait accès?
- Comment s'est déroulée la rencontre? L'intervenant est-il demeuré chez vous longtemps?
- Étiez-vous seul avec votre intervenant lors de sa visite? Avez-vous été dérangé pendant la visite de l'intervenant (téléphone, visiteurs, autres membres de la famille?)
- Y a-t-il eu des moments d'inconforts lors de la rencontre? Y a-t-il des moments où vous vous êtes senti mal à l'aise avec l'intervenant?

QUESTION SPÉCIFIQUE AUX MEMBRES DES COMMUNAUTÉS CULTURELLES?

Est-ce que vous sentez que l'intervenant prend en compte vos spécificités culturelles lors des visites à domicile?

(habitudes de vie, disposition du domicile, etc.)

Avez-vous déjà vécu des situations d'inconforts?

Lorsque vous pensez à votre expérience de recevoir des services à domicile, y a-t-il autre chose qui vous vient à l'esprit et que vous aimeriez me parler?

Merci beaucoup de votre collaboration!

ANNEXE III

**Formulaire de consentement d'un projet de recherche
pour les intervenants de services à domicile**

ANNEXE III

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT D'UN PROJET DE RECHERCHE POUR LES INTERVENANTS DE SERVICES À DOMICILE

Déclaration de responsabilité des chercheurs

Titre de la recherche : **Signification du chez-soi et intervention psychosociale à domicile dans les programmes de Soutien à domicile, Enfance/Jeunesse/Famille et Santé mentale.**

Source de financement : Conseil de la recherche en sciences humaines du Canada

Chercheurs : Paul Morin, professeur, département de service social, Université de Sherbrooke; Henri Dorvil, professeur, département de travail social, UQÀM; Yves Couturier, professeur, département de service social, Université de Sherbrooke; Nicole Dallaire, professeur, département de service social, Université de Sherbrooke.

Le chercheur principal ainsi que les co-chercheurs sont responsables du déroulement du présent projet de recherche et s'engagent à respecter les éléments énoncés au formulaire de consentement. Paul Morin pourra être joint tout au long du projet recherche, pour toute demande d'information supplémentaire ou pour tout problème relié au projet de recherche au numéro de téléphone suivant : 819.821.8000, poste 62210 ou par courriel à paul.morin@usherbrooke.ca.

Responsable du projet de recherche

Objectifs du projet de recherche

Notre projet vise à identifier, en regard de la signification du chez-soi, les aspects facilitant l'intervention psychosociale au chez-soi d'une personne dans trois programmes de services psychosociaux : Soutien à domicile, Enfance/jeunesse/Famille et Santé mentale.

Nos objectifs spécifiques sont :

- 1) Par le biais des témoignages des usagers, décrire l'expérience de l'intervention chez-soi et plus spécifiquement comment la signification du chez-soi est mise en jeu lors d'une intervention psychosociale à domicile;
- 2) Analyser la perspective des intervenants quand à l'intervention psychosociale au chez-soi d'une personne;
- 3) Discerner comment l'intervenant prend en considération la signification du chez-soi lors d'une intervention psychosociale à domicile.

Nature de votre participation

Nous aimerions vous interviewer afin de connaître votre opinion sur la signification du chez-soi dans le cadre d'une intervention psychosociale à domicile. La durée de l'entrevue ne devrait pas excéder 90 minutes et vous aurez le choix de l'endroit où se déroulera la rencontre (*à votre bureau ou ailleurs, selon votre convenance*). Une rencontre de groupe est également prévue dans la deuxième année du projet réunissant les personnes déjà interviewées individuellement et qui accepteront d'y participer. Cette rencontre ne devrait pas également dépasser 90 minutes. Cette rencontre se déroulera au CLSC.

Mesures pour assurer la confidentialité

Le chercheur vous assure que vos propos seront traités par l'équipe de recherche de manière à respecter l'anonymat et la confidentialité. Conséquemment, votre nom et les informations permettant votre identification seront gardés confidentiels et ne seront pas inclus dans les résultats de recherche. Vos propos seront enregistrés sur support audio (*cassettes*).

Afin de préserver l'identité des participants, des codes identifieront les bandes et les transcriptions écrites et seul le chercheur principal, ses collègues et leurs assistants seront en mesure de pouvoir faire l'appariement entre le matériel codé et l'identité des répondants. L'anonymat des sujets sera respecté lors de citations en omettant toute information susceptible d'identifier la personne et son lieu de résidence. Les données seront conservées pendant trois années dans un endroit sécuritaire. Quant aux bandes sonores, elles seront effacées à la fin du projet.

Bénéfices

Il n'y a pas comme tel de bénéfices directs pour le participant outre le fait de contribuer à l'avancement des sciences par sa participation à la recherche. Les chercheurs ne retirent aucun bénéfice direct de la recherche. Selon nous, la prise en considération de la signification du chez-soi dans la dispensation des services psychosociaux à domicile peut constituer une contribution majeure à l'amélioration de la qualité des services relationnels en favorisant une meilleure interaction entre la personne usagère et l'intervenant, notamment par l'échange d'informations, la coopération et la confiance. D'où l'importance de mieux documenter la signification du chez-soi lors d'une intervention psychosociale à domicile.

Risques et inconvénients

Plusieurs participants peuvent craindre d'être jugés et que ces données servent à des fins administratives dans l'évaluation de leur travail. La réponse à certaines questions pourrait également vous causer du stress. Il importe ici de préciser que l'objet du projet n'est pas l'évaluation de l'intervention et que les mesures assurant la confidentialité ne permettront pas d'identifier l'intervenant.

Retrait possible du projet

Si vous éprouvez un quelconque embarras avec une question en particulier, vous pourrez refuser d'y répondre ou exiger que le magnétophone soit momentanément fermé. Vous êtes toujours libre de mettre fin à l'entrevue en tout temps, sans que cela ne vous porte atteinte.

Personnes à contacter

Ce projet a été évalué par le comité d'éthique de la recherche des établissements multivocacionnels de l'Estrie dispensant des services dans le milieu et du CLSC de Sherbrooke de même que par le Comité d'éthique de la recherche de la Faculté des lettres et des sciences humaines. Pour tout projet éthique concernant les conditions dans lesquelles se déroule votre participation à ce projet, vous pouvez en discuter avec le responsable du projet ou expliquer vos préoccupations à Mme Nicole Dubuc, présidente du CER de l'établissement concerné (819.562.9121, poste 47101), ou encore à Mme Dominique Lorrain, présidente du Comité d'éthique de la recherche Lettres et sciences humaines de l'Université de Sherbrooke. Vous pourrez la rejoindre par l'intermédiaire de son secrétariat en composant le numéro suivant : 819.821.8000, poste 62644 ou par courriel : Dominique.Lorrain@Usherbrooke.ca

Je soussigné(e), _____, déclare que _____ m'a expliqué la nature et le déroulement du projet de recherche, que j'ai pris connaissance du formulaire de consentement et qu'on m'en a remis un exemplaire, que j'ai eu l'occasion de poser des questions auxquelles on a répondu, à ma satisfaction, et qu'on m'a accordé un temps de réflexion. Je reconnais avoir été informé(e) de façon suffisante sur la nature, les bénéfices et les risques liés à ma participation à ce projet de recherche. Ceci étant, j'accepte librement et volontairement de participer à ce projet de recherche.

Signature du sujet : _____

J'accepte de participer à la rencontre de groupe.

Oui _____ Non _____

Études ultérieures

J'autorise les personnes responsables de ce projet à me recontacter pour me demander l'autorisation d'utiliser les données recueillies à mon sujet pour les fins de toutes autres études ou recherches, à l'intérieur d'une période maximale de trois années.

Oui _____ Non _____

Fait à _____, le _____.

Je soussigné(e) _____, certifie avoir expliqué au signataire intéressé les termes du présent formulaire, avoir répondu aux questions qu'il m'a posées à cet égard; lui avoir clairement indiqué qu'il reste, à tout moment, libre de mettre un terme à sa participation au projet de recherche décrit ci-dessus.

Signature du responsable de l'obtention du consentement : _____

Fait à _____

ANNEXE IV

**Formulaire de consentement d'un projet de recherche
pour les personnes recevant des services à domicile**

ANNEXE IV

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT D'UN PROJET DE RECHERCHE POUR LES PERSONNES RECEVANT DES SERVICES À DOMICILE

Déclaration de responsabilité des chercheurs

Titre de la recherche : **Signification du chez-soi et intervention psychosociale à domicile dans les programmes de soutien à domicile, enfance/jeunesse/famille et Santé mentale.**

Source de financement : Conseil de la recherche en sciences humaines du Canada

Chercheurs : Paul Morin, professeur, département de service social, Université de Sherbrooke; Henri Dorvil, professeur, département de travail, UQÀM; Yves Couturier, professeur, département de service social, Université de Sherbrooke; Nicole Dallaire, professeur, département de service social, Université de Sherbrooke.

Le chercheur principal ainsi que les co-chercheurs sont responsables du déroulement du présent projet de recherche et s'engagent à respecter les éléments énoncés au formulaire de consentement. Paul Morin pourra être joint tout au long du projet recherche, pour toute demande d'information supplémentaire ou tout problème relié au projet de recherche au numéro de téléphone suivant : 819.821.8000, poste 62210 ou par courriel à paul.morin@usherbrooke.ca.

Les noms des personnes potentiellement intéressées ont été donnés par leurs intervenants suite à leur accord.

Responsable du projet de recherche

Objectifs du projet de recherche

Notre projet vise à identifier, les aspects facilitant l'intervention psychosociale au chez-soi d'une personne dans trois programmes de services psychosociaux : Soutien à domicile, Enfance/Jeunesse/Famille et Santé mentale.

Nous voulons saisir comment les personnes recevant des services psychosociaux à domicile perçoivent ce type de services. Aussi, nous voulons savoir comment les personnes se sentent lorsque les intervenants (travailleurs sociaux, psychologues, infirmières, etc.) vont les visiter à domicile. Nous voulons également connaître le point de vue de l'intervenant qui va à domicile et sur ce qui facilite sa relation avec la personne chez qui il se rend.

Nature de votre participation

Nous aimerions vous interviewer afin de connaître votre vécu par rapport aux services psychosociaux qui vous sont rendus à votre domicile. La durée de l'entrevue ne devrait pas durer plus d'une heure et demie et vous aurez le choix de l'endroit où se déroulera la rencontre (*chez-vous ailleurs, selon votre choix*). Une rencontre de groupe est également prévue dans la deuxième année du projet réunissant les personnes déjà interviewées individuellement et qui accepteront d'y participer. Cette rencontre ne devrait pas également dépasser une heure et demie. Cette rencontre se déroulera au CLSC.

Mesures pour assurer la confidentialité

Le chercheur vous assure que vos propos seront traités par l'équipe de recherche de manière à respecter l'anonymat et la confidentialité. Conséquemment, votre nom et les informations permettant votre identification seront gardés confidentiels et ne seront pas inclus dans les résultats de recherche. Vos propos seront enregistrés sur cassettes audio.

Afin de préserver l'identité des participants, des codes identifieront les bandes et les transcriptions écrites et seul le chercheur principal, ses collègues et leurs assistants seront en mesure de pouvoir faire le lien entre le matériel codé et l'identité des personnes qui auront participé à l'entrevue. L'anonymat des personnes participantes sera respecté lors de citations et aucune information susceptible d'identifier la personne et son lieu de résidence ne sera inscrite dans nos rapports de recherche. Les données seront conservées pendant trois années dans un endroit sécuritaire. Quant aux enregistrements des entrevues, elles seront effacées à la fin du projet.

Bénéfices

Il n'y a pas comme tel de bénéfices directs pour le participant, sauf le fait de contribuer à l'avancement des sciences par sa participation à la recherche. Les chercheurs ne retirent aucun bénéfice direct de la recherche. Selon nous, cette recherche peut constituer une contribution majeure à l'amélioration de la qualité des services qui vous sont rendus à votre domicile en favorisant une meilleure interaction entre la personne usagère et l'intervenant qui doivent tous les deux collaborer ensemble et apprendre à se faire confiance.

Risques et inconvénients

Les risques encourus de votre participation à la recherche sont de nature psychologique, car il se peut que le souvenir d'un incident malheureux lié aux services psychosociaux que vous avez reçus à votre domicile soit pénible pour vous. En cas de besoin, de l'aide appropriée vous sera offerte dans les plus brefs délais. Au besoin, vous n'avez qu'à téléphoner à Mme Nicole Proteau, adjointe administrative à la direction de l'évaluation de la qualité au CSSS-IUG de Sherbrooke au numéro suivant : 819.562.9121 poste 4023.

Retrait possible du projet

Vous êtes toujours libre de mettre fin à l'entrevue en tout temps. Si une question en particulier vous met dans l'embarras, vous pourrez refuser d'y répondre ou exiger que l'enregistrement

cesse pour un moment. Cela n'aura aucune conséquence sur les services que le participant reçoit du CLSC.

Personnes à contacter

Ce projet a été évalué par différents comités d'éthique. Pour tout problème éthique concernant les conditions dans lesquelles se déroule votre participation à ce projet, vous pouvez en discuter avec le responsable du projet ou expliquer vos préoccupations à Mme Nicole Dubuc, présidente du CER de l'établissement concerné (819 562.9121, poste 47101), ou encore à Mme Dominique Lorrain, présidente du Comité d'éthique de la recherche Lettres et sciences humaines de l'Université de Sherbrooke. Vous pourrez la rejoindre par l'intermédiaire de son secrétariat en composant le numéro suivant : 819.821.8000, poste 62644 poste 1039 ou par courriel : Dominique.Lorrain@Usherbrooke.ca.

J'accepte de participer à la rencontre de groupe.

Oui _____ Non _____

Études ultérieures

J'autorise les personnes responsables de ce projet à me recontacter pour me demander l'autorisation d'utiliser les données recueillies à mon sujet pour les fins de toutes autres études ou recherches, à l'intérieur d'une période maximale de trois années.

Oui _____ Non _____

Je soussigné(e), _____, déclare que _____ m'a expliqué la nature et le déroulement du projet de recherche, que j'ai pris connaissance du formulaire de consentement et qu'on m'en a remis un exemplaire, que j'ai eu l'occasion de poser des questions auxquelles on a répondu, à ma satisfaction, et qu'on m'a accordé un temps de réflexion. Je reconnais avoir été informé(e) de façon suffisante sur la nature, les bénéfices et les risques liés à ma participation à ce projet de recherche. Ceci étant, j'accepte librement et volontairement de participer à ce projet de recherche.

Signature du sujet : _____

Fait à _____, le _____.

Je soussigné(e) _____, certifie avoir expliqué au signataire intéressé les termes du présent formulaire, avoir répondu aux questions qu'il m'a posées à cet égard; lui avoir clairement indiqué qu'il reste, à tout moment, libre de mettre un terme à sa participation au projet de recherche décrit ci-dessus.

Signature du responsable de l'obtention du consentement : _____

Fait à _____,

ANNEXE V

Grille de codage et définitions des catégories

ANNEXE V

GRILLE DE CODAGE ET DÉFINITIONS DES CATÉGORIES

01. Chez-soi et sécurité ontologique

01.01. Sécurité

01.01.01. Épreuves de l'habiter = p. ex. violence conjugale, agressions à domicile, cambriolage, etc.

01.01.02. Besoin de base = p. ex. selon la pyramide de Maslow

01.01.04. Conditions du logement = réparations en attente, chaleur, moisissures, etc.

01.01.05. Refuge = sécurité primaire = sécurité dans son sens le plus large, p. ex. face au monde extérieur

01.01.06. Quartier et voisinage

01.02. Intimité

01.02.01. Institutionnalisation = p. ex. beaucoup d'intervenants, d'équipement, etc., normalisation des usagers dans le dernier retranchement (hygiène, identité, mode de vie...)

01.02.02. Intrusion = notion de surveillance, à la limite du volontaire, loi P38, DPJ, envahissement, etc.

01.02.03. Pouvoir d'exclusion = en relation aux visiteurs, p. ex. intervenants, refus d'accès à certaines pièces ou au domicile

01.02.04. Accueil = ouverture aux autres, inclusion des autres dans le domicile, visiteurs

01.03. Identification

01.03.01. Décoration = p. ex. choix de couleurs, de mobilier, etc. qui représente la personne

01.03.02. Ordre, propreté, salubrité = p. ex. entretien ménager, encombrement du domicile, etc.

01.03.03. Signification socioculturelle du chez-soi = idée d'une identité collective, (voir Angus)

01.03.03.01 Groupes ethnoculturels = p. ex. odeurs, nourritures, rapports de genre, maisonnée, habitudes de vie, etc.

01.03.03.02. Classes sociales = p. ex. maisonnée, habitudes de vie, nourriture, etc.

01.03.03.03. Groupes générationnels = p. ex. signification pour les personnes âgées vs un adolescent

01.03.04. Histoire, mémoire = idée d'événements passée, p. ex. mémoire affective, vécu dans le domicile, biographie, etc. (voir Gilroy)

01.03.05. Identité, image de soi = p. ex. symboles religieux, représentation de soi, « chez nous ça me ressemble, c'est à mon image », etc.

01.03.06. Accomplissement, développement = p. ex. développement des enfants, lieu d'exploits et réussites personnels, etc.

01.03.07. Attachement = lien affectif envers le domicile, plus dans le présent

01.04. Appropriation

01.04.01. Adaptations architecturales = modification du domicile pour des raisons de perte d'autonomie, p. ex. rampe d'accès, ascenseurs, lits, adaptation de la salle de bain, etc.

01.04.02. Contrôle, décisions, liberté d'agir = contrôle sur les lieux, sur son environnement, sur la disposition et l'esthétique, contrôle sur sa vie, etc. (différent de pouvoir d'exclusion pqce pas en lien avec les visiteurs.)

01.04.03. Enracinement, stabilité, repères = continuité dans le temps

01.04.04. Vie, quotidien, mouvement = idée que le chez-soi représente la vie, par opposition à la notion de mort, chez-soi comme lieu du quotidien, activités, routines

02. Services à domicile

02.02 Avantages des services à domicile

- 02.02.01. Image plus juste et globale de l'utilisateur
- 02.02.02. Lien et proximité
- 02.02.03. Usager plus confiant, plus confortable
- 02.02.04. Rejoindre les usagers
- 02.02.05. Intervention plus égalitaire
- 02.02.06. Inclure l'entourage dans l'intervention
- 02.02.07. Intervention de modeling facilitée
- 02.02.08. Lieux physiques = p. ex. plus d'espace
- 02.02.09. Moins d'annulation de rendez-vous

02.03. Désavantages

- 02.03.01. Sécurité de l'intervenant compromise
- 02.03.02. Éléments perturbateurs
- 02.03.03. Malaise, inconfort de l'intervenant = aspect relationnel
- 02.03.04. Insalubrité, odeurs = aspect inconfort « physique », p. ex. nausée
- 02.03.05. Intrusion dans l'intimité de l'utilisateur
- 02.03.06. Santé de l'intervenant (allergies, fumée, virus) = impact direct sur la santé
- 02.03.07. Résistance de l'utilisateur, refus d'accès
- 02.03.08. Confusion dans les rôles professionnels
- 02.03.09. Moins de mobilisation de l'utilisateur
- 02.03.10. Temps, horaire
- 02.03.11. Déplacement (intempéries, transport, stationnement)
- 02.03.12. Mobilier, lieux physiques

03. Fondements de l'intervention à domicile

03.01. Fondements cliniques = *critères de nature clinique, p. ex. pour le bien de l'évaluation, du suivi thérapeutique, etc.*

- 03.01.01. Évaluation psychosociale = *ajout d'information pour l'évaluation*
- 03.01.02. Problématique de l'utilisateur = *critère décisionnel de faire l'entrevue à domicile ou au bureau selon la problématique; p. ex. abus, violence conjugale, handicap, certains problèmes de santé mentale, crises, séduction, aidants de personnes en perte d'autonomie.*
- 03.01.03 : Contre-indication clinique

03.02. Fondements organisationnels = *critères de nature organisationnelle, p. ex. latitude ou non de l'intervenant selon sa description de tâche*

- 03.02.01. Critères restrictifs ou incitatifs = *p. ex. l'institution ou le programme exige l'intervention à domicile (p. ex. suivi intensif dans la communauté en santé mentale, OLO, FLUPPY, SAD, etc.)*
- 03.02.02. Distances de l'institution = *p. ex. en kilométrage*

03.03. Fondements individuels = *critères de nature individuelle, p. ex. préférences de l'intervenants*

03.03.01 Préférences de l'utilisateur

03.03.02 Préférences de l'intervenant

02.04 Fondements éthiques

02.04.01 Considérations morales

04. Proximité relationnelle et physique

04.01. Avantages de la proximité = *p. ex. avantages de la proximité qui favorise la relation de confiance, le lien, l'intervention*

04.01.01. Convivialité

04.01.02. Intervention plus égalitaire

04.01.03. Lien de confiance

04.01.04. Briser l'isolement

04.02. Désavantages de la proximité

04.02.01 Confusion des rôles professionnels

04.04. Stratégies pour la création du lien = *stratégies de l'intervenant pour créer et/ou favoriser le lien et son maintien*

04.01.03.01. Éléments culturels

04.01.03.02. Vécu de l'intervenant

04.01.03.03. Invariant (comme en institution)

04.03. Stratégies pour maintenir le cadre professionnel = *stratégies de l'intervenant pour conserver une distance professionnelle*

04.03.01. Frontières relationnelles = *notion de limites, rôle professionnel vs personnel ou amical, seuil et paradoxes de la proximité*

05. Stratégies d'interventions spécifiques au domicile

05.01. Stratégies pour entrer dans le domicile = *p. ex. premières interventions dans le corridor, entrée graduelle dans le domicile.*

05.02. Stratégies pour assurer la sécurité des intervenants

05.02.01. Pairage entre intervenants

05.02.02. Téléphone

05.02.03. Pré-évaluation de la situation = *p. ex. rencontrer les clients au bureau pour les premières rencontres, parcourir le dossier...*

05.02.04. Policiers, ambulanciers

05.02.05. Quitter le domicile

05.02.06. Rester près d'une porte

05.02.07. Avertir collègues où on se trouve

05.02.08. Aller en retrait = *p. ex. aller aux toilettes*

05.02.09. Carte d'identité = *carte d'identité, par ex. du CLSC, pour créer un cadre plus professionnel, plus officiel*

05.02.10. Bouton panique = *accès à un bouton panique à domicile pour obtenir de l'aide rapidement.*

JJL établir un cadre clair

05.03. Gestion des émotions à domicile = *p. ex. prendre plus de temps, utiliser des photos, un animal domestique, arrêt d'agir, gestion de désorganisation psychotique, etc.*

05.04. Planification de l'intervention = *p. ex. réviser les notes, prévoir faire l'intervention avec un autre professionnel, prévoir des vêtements spécifiques, etc.*

05.05. Intégrer le domicile de l'intervention = *p. ex. « vivre avec » (cuisiner), stimuler la discussion avec un objet, des photos, etc.*

05.06 Gestion des imprévus

05.07. Intégrer l'entourage dans l'intervention

05.08. Enseignement à domicile

05.09. Interdisciplinarité

05.10. Surveillance

06. Enjeux éthiques

06.01. Confidentialité

06.02. Bienfaisance vs autodétermination = *respect de l'autonomie de la personne, de son consentement vs infantilisation, prise en charge*

06.03. Jugement de valeur = *p. ex. un fils qui donne le bain à sa mère, choix de nourriture, choix de mode de vie...*

06.04. Cadeaux aux intervenants

06.05. Fautes professionnelles = *p. ex. témoin de fautes professionnelles, de l'incompétence d'un collègue, manque de formation pour intervenir à domicile.*

06.06. Témoin de délits, d'abus = *p. ex. usager qui travaille au noir, qui vend de la drogue, intervenant qui se fait voler, aidant qui abuse, négligence des enfants, etc., dénoncer ou garder le lien?*

06.07. Défense des droits des usagers

06.08. Respect des limites et de l'intimité

07. Enjeux pour la pratique professionnelle

07.01. Enjeux pour l'intervenant

08.01.01. Intégrité de l'intervenant = *sécurité de l'intervenant*

08.01.02. Supervisions cliniques = *support des collègues et/ou des supérieurs*

08.01.03. Besoins de formation

08.01.04. Cadre = *établissement du cadre, gestion du cadre dans le contexte du domicile, p. ex. interruptions, stimuli, téléphone...*

08.01.05. Épuisement, surcharge

07.02. Enjeux organisationnels = *enjeux concernant la gestion des services*

08.05.01. Temps = *p. ex. intervenir à domicile exige davantage de temps,*

08.05.02. Argent = *p. ex. coupures de services*

08.05.03. Continuité entre les intervenants et les institutions

ANNEXE VI

**Projet « Signification du chez-soi et intervention
psychosociale à domicile »**

**Vignettes de discussion pour les entretiens de groupe
avec les intervenants**

ANNEXE VI

PROJET « SIGNIFICATION DU CHEZ-SOI ET INTERVENTION PSYCHOSOCIALE À DOMICILE » VIGNETTES DE DISCUSSION POUR LES ENTREVUES DE GROUPE AVEC LES INTERVENANTS

Vignette 1

Marc aime beaucoup son travail au CLSC de Verdun : il y est travailleur social au programme de soutien à domicile. Selon lui, le contact avec les usagers qu'il rencontre à domicile est beaucoup plus personnel et convivial qu'au bureau, ce qu'il apprécie grandement. Depuis quelques mois, Marc rend visite à Henriquetta, une dame de 82 ans d'origine péruvienne qui habite avec sa fille. Lors des premières rencontres, Henriquetta semblait méfiante et fermée à l'idée de recevoir des services à domicile. Henriquetta reçoit plusieurs services du CLSC : une auxiliaire vient lui donner son bain à raison de trois fois par semaine. De plus, une aide ménagère vient entretenir la maison et préparer des repas. Henriquetta a droit aux services de cette aide ménagère à raison de cinq heures/semaines qui sont accordées par le chèque emploi service (CES).

Au fil des semaines, Henriquetta s'est peu à peu mise à faire confiance à Paul, qui lui apporte un support psychologique et social. Aujourd'hui, Paul rendait visite à Henriquetta en fin d'après-midi et Juana, la fille d'Henriquetta, était présente au domicile au cours de la visite. À l'arrivée de Marc, la table était mise et garnie de bons plats péruviens. Henriquetta et Juana ont insisté pour que Marc partage leur repas, mais Marc n'était pas à l'aise d'accepter leur invitation

Vignette 2

Nancy a 29 ans et est elle mère de trois enfants d'âge scolaire. Elle reçoit un montant mensuel de l'aide sociale et vit depuis peu dans un petit logement de trois pièces dans le quartier Saint-Henri à Montréal. Son domicile est en piètre état, mais le propriétaire de l'immeuble néglige la situation. Il y a un an, Nancy a fuit un conjoint violent et est allée chercher de l'aide au CLSC. Depuis, elle reçoit des services psychosociaux à domicile de Sophie, qui est travailleuse sociale en santé mentale. Nancy a vécu beaucoup d'événements difficiles et d'impuissance au cours de

sa vie. Elle souffre d'un trouble de personnalité « borderline » et a récemment cessé de consommer des drogues dures. Elle a confié à Sophie qu'elle désire se reprendre en main pour ses enfants. Elle est en quête d'autonomie et de contrôle sur sa vie. Son fils Jason, âgé de 7 ans, présente un comportement agressif. Nancy ne réussit pas à modifier le comportement de Jason et elle n'a aucune autorité sur ses enfants. Elle se sent inadéquate dans tout ce qu'elle entreprend. Nancy démontre parfois un comportement agressif et menaçant envers l'intervenante. Lors d'une visite, Sophie constate que Jason frappe sa mère et que Nancy use parfois de violence psychologique avec ses enfants. L'haleine de Nancy sent l'alcool.

Sophie se demande si elle ne devrait pas faire un signalement à la Direction de la Protection de la jeunesse.

Vignette 3

Sonia reçoit des services psychosociaux à domicile en santé mentale. En effet, le psychoéducateur de l'équipe santé mentale, Benoît, la rencontre chez elle aux deux semaines. Sonia souffre de schizophrénie et prend une médication depuis deux ans. Sonia est négligée de sa personne et refuse de faire sa toilette. La plupart du temps, elle est en pyjama. Sonia a déjà cessé de se nourrir pendant quelques jours suite à un délire religieux. Son logement est en désordre, la vaisselle traîne partout et il y a de la vermine.

Benoît soupçonne que Sonia a arrêté sa médication et craint le développement de nouveaux épisodes psychotiques. Il n'arrive pas à savoir si Sonia s'alimente bien ces temps-ci. Benoît a reflété ses inquiétudes à Sonia et lui a offert de l'accompagner chez son psychiatre. Sonia a refusé catégoriquement. Benoît n'ose pas ouvrir le frigo de Sonia pour voir s'il y a de la nourriture. Il se demande également s'il doit regarder dans les armoires pour vérifier si les flacons de médicaments y sont.

Vignette 4

Monique est travailleuse sociale en Enfance/Jeunesse/Famille au CSSS-IUGS de Sherbrooke. Elle effectue hebdomadairement des visites à domicile chez une jeune mère monoparentale, Kathy, qui est très isolée socialement et démontre beaucoup de signes dépressifs. Ensemble, elles travaillent beaucoup sur le sentiment de tristesse de Kathy. Parfois, lorsque l'entrevue

devient trop confrontante pour Kathy, cette dernière se retire dans sa chambre. Pendant ce temps, Monique l'attend patiemment pendant une quinzaine de minutes, dans la cuisine, le temps que Kathy se calme.

Kathy s'attache de plus en plus à Monique, lui offre des petits cadeaux et un petit goûter à chaque rencontre. Monique s'attache elle aussi à Kathy. Parfois elle l'aide dans ses tâches ménagères. Kathy n'a pas de voiture. Pour lui rendre service, Monique est allée conduire les enfants à l'école à quelques reprises. Monique se questionne sur son rôle auprès de Kathy. Elle a parfois l'impression de sortir du cadre de la relation d'aide et de faire des interventions qui sont au-delà de son mandat.



À PROPOS DU DOCUMENT ...

Cette recherche a été subventionnée par le Conseil de recherche en sciences humaines du Canada (subvention régulière de recherche). Ce projet de recherche vise à identifier, en regard de la signification du chez-soi, les aspects facilitant l'intervention psychosociale au chez-soi d'une personne dans trois programmes de services psychosociaux : Soutien à domicile, Enfance/Jeunesse/Famille et Santé mentale.

Les objectifs spécifiques sont les suivants.

1. Par le biais des témoignages des usagers, décrire l'expérience de l'intervention chez-soi et plus spécifiquement comment la signification du chez-soi est mise en jeu lors d'une intervention psychosociale à domicile.
2. Analyser la perspective des intervenants quant à l'intervention psychosociale au chez-soi d'une personne.
3. Discerner comment l'intervenant prend en considération la signification du chez-soi lors d'une intervention psychosociale à domicile.

À PROPOS DES AUTEURS...

Paul Morin est professeur agrégé au Département de service social de l'Université de Sherbrooke. Il est également directeur de la recherche du centre affilié universitaire au Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke. Henri Dorvil est professeur titulaire au Département de travail social de l'Université du Québec à Montréal. Marie Crevier a un baccalauréat et une maîtrise en service social de l'Université de Sherbrooke. Yves Couturier et Nicole Dallaire sont professeurs agrégés au Département de service social de l'Université de Sherbrooke.

À PROPOS DU CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX—INSTITUT UNIVERSITAIRE DE GÉRIATRIE DE SHERBROOKE (CSSS-IUGS)

Le CSSS-IUGS possède une désignation d'institut universitaire de gériatrie et une désignation de centre affilié universitaire. Ces deux désignations font en sorte de créer un environnement de travail où l'innovation est présente dans l'optique de contribuer au rehaussement constant de la qualité des services. Cela se traduit par l'omniprésence de l'enseignement, de la recherche et du partage des connaissances au sein de l'établissement. Les publications du CSSS-IUGS visent ainsi à favoriser la diffusion et le partage des connaissances produites par les intervenants, les gestionnaires, les chercheurs et les stagiaires de l'établissement.

