

**Aider et intervenir : essai de clarification de quelques
difficultés**
Help and intervention: an attempt to clarify certain difficulties
**Ayudar e intervenir: ensayo de clarificación de algunas
dificultades**

Claude Nélisse

Number 28 (68), Fall 1992

Prendre soin. Liens sociaux et médiations institutionnelles

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1033805ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/1033805ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Lien social et Politiques

ISSN

0707-9699 (print)

2369-6400 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Nélisse, C. (1992). Aider et intervenir : essai de clarification de quelques difficultés. *International Review of Community Development / Revue internationale d'action communautaire*, (28), 73–85.
<https://doi.org/10.7202/1033805ar>

Article abstract

This article looks at the contradiction between "natural help" and "professional intervention" by presenting them as two critical points on the same continuum: the logic of the work of so-called help. In opposition to the latter, the author specifies certain elements of a second viewpoint, that of intervention. The text concludes with a proposed analysis and a judgment on the shift in vocabulary that has led from help to intervention. Help is not the same as intervention: this is the argument maintained throughout the text.

Aider et intervenir : essai de clarification de quelques difficultés

Claude Néliste

Dans certains champs du travail social et sanitaire, en particulier dans ceux qui sont « liés » à la mouvance communautaire, le terme *caring* semble le plus approprié pour qualifier une « nouvelle » gestion du social. Des débats récurrents opposent le réseau étatique au communautaire (*community care*) et l'« aide naturelle » à l'action professionnelle. Ces débats autour des réseaux ou des « filières d'action sociale » (Lamoureux et Lese-mann, 1987) font l'objet de nombreuses analyses descriptives, explicatives, voire évaluatives.

Nous nous en tiendrons dans cet article au phénomène dit de la « professionnalisation de l'aide », et plus spécifiquement encore à l'opposition entre « aidant naturel » et « intervenant professionnel ». Cette dernière donne souvent lieu à une argumentation qui durcit les différen-

ces entre ces dénominations pour voir un antagonisme fondamental entre deux pratiques closes, compactes et pleinement autonomes. Nous voulons réexaminer cette antinomie en admettant que, pour l'essentiel, les termes les plus fréquemment employés dans ces débats (« aidant » et « intervenant », en particulier) sont à la fois surchargés de sens et utilisés de manière souvent vague et indifférenciée.

Nous partirons du *caring*, dont nous élargirons quelque peu la portée traditionnelle, pour voir que les activités de *caring* comme celles de *curing* peuvent être comprises dans la catégorie de l'aide comme sens et finalité de l'action. Les deux pôles de cette catégorie — l'aide proche ou communautaire (dite aussi entraide) et l'aide professionnelle — seront présentés bien

plus comme deux points de tension sur un continuum que comme les deux versants d'un fossé « naturel ».

Nous présenterons ensuite une seconde opposition — entre « aide » et « intervention » — pour montrer, au contraire, les différences entre deux réalités et en marquer le caractère séparé, discontinu et contradictoire à certains égards. Aider n'est pas intervenir : tel est le postulat qui sera maintenu tout au long du texte. Les deux termes n'ont jamais été synonymes en langue commune et nous soutiendrons que leur assimilation fréquente, dans nos univers de travail, ne peut que conduire à des confusions préjudiciables à une juste compréhension de notre travail.

Cette compréhension du travail professionnel est le cadre général dans lequel s'inscrit spécifiquement cet essai. Notre

74

hypothèse, que nous avons l'intention d'éprouver à long terme par divers travaux, pourrait s'énoncer ainsi : travailler dans les « services humains » ne consiste plus, généralement, à exercer un métier (quelle que soit la profession considérée), mais à mobiliser ses compétences dans trois logiques de travail (ou cadres de pratique) fort différentes. Deux relèvent des formes « classiques » de prise en charge : l'aide et l'intervention. La troisième est le résultat de la division du travail : elle est celle de l'expertise (comme activité autonomisée et spécialisée au « service » de l'une ou l'autre de ces prises en charge). « Agir dans plusieurs mondes » (Dodier, 1991), reconnaître la logique de chacun et élaborer des conditions de passage et d'accès de l'un à l'autre sont, pour le professionnel, des tâches nécessaires, quoique difficiles et incertaines encore.

Le présent texte vise d'abord à rendre intelligible la logique de l'aide et secondairement à éclairer certains de ses rapports à la logique de l'intervention. Le caractère exploratoire et partiel de notre entreprise en fait un « essai théorique » susceptible de poser au lecteur autant de questions qu'il lui apportera de réponses.

Pour clore cette introduction, nous voudrions justifier rapidement l'intérêt de la démarche

intellectuelle engagée ici. Il s'agira de « clarifier le sens des mots », du moins de ceux qui sont le plus couramment utilisés pour décrire et qualifier l'action qui se fait ou qu'on veut faire. Notre intention n'est cependant pas d'énoncer la « vraie définition » — et d'imposer par là le « bon sens » — mais d'explicitier des significations usuelles, d'en saisir la cohérence interne possible et de dégager ainsi une part de la normativité implicite aux pratiques et aux formes de travail qui sont les nôtres. C'est une tentative de description de deux catégories de pensée, de deux des « bases notionnelles » (philosophiques ou culturelles, comme on voudra) qui rendent notre action sensée et justifiée. En examinant ce fonds normatif, on contribue non pas à trancher les débats mais simplement à préciser les enjeux de l'action professionnelle et à mieux identifier les fréquents malentendus qui peuplent les échanges dans le travail¹.



L'aide

Le *caring*

Le *caring* désigne un ensemble d'attitudes et d'activités soignantes aux contours assez flous. Au sens restreint, il renvoie aux soins du corps malade ou souffrant. Cette délimitation est le

fait de la perspective biomédicale dominante, qui se veut connaissance positive et maîtrise opératoire du fonctionnement organique du corps que « nous avons ». Nous parlerons ici du *care sector* (soins infirmiers et para-médicaux) comme de l'ensemble des activités visant l'alimentation, la toilette, les occupations quotidiennes et le réconfort moral des personnes malades. Ce secteur est sous l'hégémonie du *cure sector*, qui regroupe essentiellement les examens, tests, diagnostics, traitements et réadaptations fonctionnelles des patients.

Le rapport précédent se distend pour peu que les soins délaissent les moments négatifs de la maladie pour s'intéresser plus positivement aux états de santé. Le *caring* se constitue alors progressivement comme activité synthétique et (semi-) autonome, en visant un ensemble de situations qui vont de l'entretien courant du corps « que nous avons » au bien-être du corps que « nous sommes » (Malherbe, 1987). Il est question du « maternage » des jeunes enfants comme de l'accompagnement du mourant, de tout ce qui regarde les fonctions biologiques aussi bien que psychomotionnelles et intellectuelles, de tout ce qui touche les souffrances et les plaisirs ainsi que de tout ce qui a trait aux états de savoir et de conscience, aux habiletés manuelles comme aux capacités relationnelles... Une définition extensive du *caring* (Saillant, 1991) comprend donc indistinctement les soins corporels, le « maternage », la prime éducation, les travaux domestiques (Vandelac, 1985) et l'assistance aux apprentissages adaptatifs aux changements de situations de vie, en fin de compte tout ce qui a trait à la production des

êtres humains (Dandurand, 1981 ; Fischer et Gillioz, 1981).

Mais le « corps que nous sommes » n'est qu'une des qualités de la « personne que nous sommes ». Les autres qualités — les biens constitutifs du patrimoine, les aptitudes, habiletés et compétences de toute nature (le « capital humain », « ce dont on est capable »), ainsi que les droits et obligations — sont, elles aussi, des objets permanents d'attentions particulières. Ainsi, des soins proprement corporels au développement concret des libertés d'action, de l'établissement des conditions matérielles de vie au maintien et à l'amélioration de ses conditions sociales, institutionnelles et communautaires, des premiers apprentissages de l'hygiène au souci constant de notre santé mentale, du soutien moral en cas d'épreuves à l'actualisation de soi en toutes circonstances, il y a un champ d'action qui, en plus de la production des êtres humains, nous conduit à la production et à la reproduction quotidienne des situations de vie. La « personne-en-situation », pour reprendre une expression consacrée, doit voir par elle-même à ce que demain ne soit pas pire qu'aujourd'hui, et idéalement à ce qu'il soit mieux. Telle pourrait être une obligation implicite inscrite au cœur même de notre condition humaine contemporaine.

Si on accepte l'élargissement précédent (du corps à la personne), le *caring* peut être vu comme un genre d'action compris dans une catégorie plus large, qu'à défaut de mieux nous nommerons « aide ». En explicitant quelques présupposés propres à cette catégorie de l'aide, nous pourrions éclairer les débats actuels, fixés dans une opposition un peu rituelle entre « aide

naturelle » et relation professionnelle.

Besoin d'aide, dépendance et autonomie

L'aide est une action par laquelle une personne prête son concours à une autre, « en joignant ses efforts aux siens » dit le *Grand Robert*². Quoique chacun puisse demander ou recevoir de l'aide en toutes circonstances, l'aide dont il s'agit ici a trait plus spécifiquement aux situations où « ça ne va pas comme ça devrait aller » : soit celles où l'agent ne peut surmonter par lui-même les obstacles à son action, soit celles où il connaît l'insuccès ou l'insatisfaction. Que les raisons puissent en être imputées à lui-même, au milieu externe ou aux deux conjointement, le fait demeure que l'action est défectueuse relativement à un déroulement tenu pour normal ou « naturel ». De l'accident corporel à la détresse psychique, du handicap moteur léger à la chronicité d'une douleur, de l'échec professionnel, scolaire ou conjugal à l'état de réclusion, ou encore de la difficulté à faire reconnaître ses compétences à l'incapacité de se faire respecter, de la perte d'un emploi à la requête d'un revenu, de l'affaiblissement de certaines facultés aux effets subis d'une violence ou d'une exclusion, il s'agit toujours d'une situation déviante (Parsons, 1955) où la personne ne peut établir ou rétablir la « normalité des choses » sans le concours actif d'autrui. Il y a alors, dit-on, un *besoin d'aide* (*need of help*).

On comprend mieux l'existence sociale de ce besoin d'aide en le situant par rapport aux faits de dépendance et d'autonomie. Au départ, la dépendance peut être tenue pour un fait humain fondamental : l'homme tient son

existence d'autrui. À tous égards, les devenir concrets de chacun de nous sont sous l'emprise des multiples relations entretenues avec d'autres humains, « personnes significatives » plus « fortes » que nous pourrait-on dire. « On ne peut pas ne pas être dépendant : voilà le fait et la vérité de la condition humaine » rappelle Albert Memmi (1979 : 159). Mais le « comment » de ces relations fait toujours problème : c'est l'insensible et continu va-et-vient de l'interdépendance à la domination, de la solidarité à l'assujettissement (Ennuyer, 1990). Ce mouvement est fonction des modalités par lesquelles celui qui infléchit les conduites et situations de vie d'autrui le fait « à sa guise », sans égard aux influences que ce dernier tente normalement d'exercer en retour. La personne est dite dépendante lorsqu'elle est tenue, pour se réaliser ou pour devenir elle-même, d'être, de rester ou de « tomber » sous l'influence potentiellement unilatérale ou sous l'autorité de quelqu'un ou de quelque chose.

On peut distinguer des degrés — ou plus justement des niveaux — dans les états de dépendance. Il y a d'abord les difficultés et l'incapacité de la personne d'agir, dans un ou plusieurs domaines de sa vie, conformément aux rythmes, aux habitudes et aux manières de faire qui étaient les siennes dans un passé récent ou qui découlent de la recherche d'un nouveau mode de vie. Il y a ensuite les difficultés ou l'incapacité de concevoir, de construire, de faire valoir et de faire admettre à autrui son mode de vie, ses orientations, ses projets ou ses plans d'action. Il y enfin l'incapacité ou l'interdiction de faire les choix qu'exigent les actions précédentes en fonction de normes et principes éthiques qui sont véritablement à soi.

C'est à ce niveau qu'on peut parler proprement d'*autonomie de la personne* (autonomie éthique ou morale) comme droit et capacité de décider du sens de sa vie en fonction de sa seule raison et de sa seule volonté. Il est cependant possible aussi de parler d'autonomie pour les deux niveaux antérieurs. Ainsi, au second niveau, nous aurons l'*autonomie psycho-sociale* comme capacité de gérer par soi-même l'usage et le développement de ses ressources affectives et intellectuelles, de son identité, de ses statuts et modes de vie, de ses relations et appartenances, de son patrimoine ainsi que de ses droits et obligations, sans dépendance excessive, morbide ou infantile à l'égard des autres, considérés individuellement ou collectivement. Quant au dernier niveau, il correspond à ce qu'on appelle maintenant, en nos milieux de travail, l'*autonomie fonctionnelle*³.

Le paradoxe de l'aide

L'aide prend sa source dans la situation normale des (inter)dépendances propres à tout être humain. Un besoin d'aide est socialement admis à partir du moment où ces situations se transforment (ou risquent de se transformer), pour quelque raison que ce soit, en un état de dépendance où *l'existence autonome*

personnelle est mise en jeu. La personne, au départ, est « en chômage », « en difficulté », « en perte de », « en échec », ou bien encore elle est malade, maladroite, malheureuse, maltraitée, ou défaite, démunie, dépendante, déprimée, désorientée... Elle peut se dire, ou être dite, en besoin d'aide. Dans le premier cas, c'est elle-même qui adressera des demandes. Dans le second, elle sera pressée de requérir et d'accepter une forme quelconque d'aide, laquelle ne pourra lui être fournie que moyennant son « consentement libre et éclairé ». Qu'elle en ait l'initiative ou qu'elle s'en laisse convaincre, la personne reste formellement maître des aides qu'elle reçoit. « Seul le client est l'acteur du changement de sa propre situation, il reste maître d'œuvre des projets le concernant et son consentement est une condition indispensable » écrit C. de Robertis (1983), dans un essai de définition du concept d'aide qui est proche du nôtre.

Mais ce processus social est plus problématique qu'il n'y paraît souvent. En effet, plus l'apparition de la carence est brutale, ou plus l'état est obscur ou incompréhensible pour celui qui le subit, ou plus ce nouvel état met en jeu des valeurs importantes et vitales, plus la personne « patiente » (au sens fort) est mal placée pour déterminer par elle-même les qualités les plus appropriées de l'aide et de l'aidant recherchés. Cette entrée en « besoin d'aide », si on peut dire, donne lieu à un mouvement en spirale où la personne vulnérabilisée « perd pied » assez facilement, pour se retrouver dans des états incontrôlables qui altèrent toujours plus fortement ses compétences à s'en sortir seule. La métaphore de la « chute » (lente et sournoise ou abrupte et vio-

lente, peu importe) est très souvent évoquée ici pour désigner la mise en cause de toute une trajectoire de vie. C'est, en bout de ligne, « une question de vie et de mort », physique parfois, psychologique et sociale toujours⁴.

Le résultat d'un tel processus est « logiquement » le suivant : plus la personne est maladroite dans sa demande d'aide, plus ce sont les autres, définis toujours comme aidants, qui en prendront l'initiative. Quitter un état (acquis ou probable) de dépendance revient donc à se retrouver dans une autre situation qui, elle, est aussi susceptible de produire une « nouvelle » dépendance. Tel est le paradoxe de l'aide : se faire aider, c'est sortir d'une dépendance par le recours obligé à une autre. La recherche de l'aide est toujours une action risquée.

L'aide professionnelle ou cure

Ce risque ne peut être supprimé ; il peut tout au plus être régulé par divers mécanismes plus ou moins bien coordonnés. La relation professionnelle, dans nos sociétés occidentales, se veut un mode de régulation particulièrement adéquat. Son principe est de contenir l'action dans deux types de limites. Une première réduit l'objet de l'aide à quelque chose de connu, précis, circonscrit, classable, manipulable et susceptible d'évaluations diverses aisément consensuelles. C'est un objet institutionnellement défini. La seconde fait entrer l'objet dans le cadre juridique du droit civil privé, complété par des législations spécifiquement construites à cet effet. La relation d'aide est alors dite « un service ».

Ces deux conditions réunies, on est dans une action de type *cure*, où le client confie à un spécialiste un objet défectueux qui sera ainsi soumis au « cycle des

réparations» (Goffman, 1968). L'aidé, ici, est bien un client qui a l'initiative de la demande. Il est de plus un individu supposément capable de garder un idéal de rationalité, de faire valoir ses intérêts, de comprendre minimalement les analyses, les savoirs spécialisés, les procédures de solution, les risques encourus, de faire des choix conscients et raisonnables, d'entrer finalement dans une interaction coopérative où il se sent suffisamment maître des conditions présentes et futures pour pouvoir se laisser aller en confiance dans l'établissement d'un contrat et dans la surveillance de son exécution.

Si on se souvient de ce qui a été dit plus haut du paradoxe de l'aide, on peut voir que de telles conditions ne peuvent être que très rarement satisfaites. L'idéal positiviste de l'action rationnelle n'est approximativement réalisable que lorsqu'on peut réduire le besoin d'aide à un problème connu, simple, technique et pour lequel existe déjà une solution protocolaire bien éprouvée. On peut dire alors que le professionnel corrige, répare, complète, reconstruit, perfectionne, développe un objet (c'est-à-dire un bien, une capacité, un droit, une partie du corps) voulu ou accepté par l'aidé, mais réduit pour la circonstance à l'état de chose. Si tout va bien, le médecin guérira une maladie, l'avocat fera valoir un droit, le psychologue redonnera un sentiment de confiance, l'éducateur développera l'employabilité... L'aide professionnelle sera effective, mais à la condition que le « bon sujet » adresse la « bonne demande » au « bon professionnel ». Si cette adéquation ne peut s'établir assez vite, le risque est grand que l'état de dépendance qui est à l'origine du besoin d'aide se transforme en ce qu'on dénomme

volontiers une dépendance professionnelle (McKnight, 1977).

L'entraide « naturelle »

Mais si le médecin peut guérir la maladie et écarter le mal du patient, il peut beaucoup moins aisément définir sa santé, et encore moins son bien. La relation précédente d'aidant à aidé (dite relation professionnelle) « se renverse » dès lors que le mal est moins cernable et traitable, qu'il implique plus qu'un fonctionnement corporel, psychique ou relationnel « ordinaire », et pour peu surtout que la personne veuille dire son mot, affirmer concrètement ses désirs et ses choix et que, ainsi, ses demandes dépassent les exigences régulières d'un service professionnel. Le problème premier, essentiel, est alors celui du maintien de l'*autonomie de la personne*, de la libre expression de ses volontés et, dans certains cas, du respect de sa dignité (Fowler et Levine-Aruff, 1990; Novaes, 1991).

Tout cela vaut en toutes situations, mais *a fortiori* dans celles où il doit y avoir une réorientation ou un changement radical de mode vie et, ultimement, dans celles où il est question de vie ou de mort. Compte tenu toujours de ce qui a été dit du paradoxe de l'aide, on comprendra ici que la recherche des aidants est cruciale. La garantie n'est plus dans un savoir expert mis en œuvre dans le cadre légal, civil, des contrats, mais bien dans une compréhension pratique de la personne singulière, dans une volonté indéfectible de faire tout ce qu'il faut pour son bien, et dans la promesse d'une disponibilité constante. Compte alors la présence de personnes disposées à vouloir et à faire non seulement le bien d'autrui en général, mais plus spécifiquement le bien propre à cette

personne-là en toutes circonstances.

C'est le sens même du *caring*, dont les traits principaux, selon la littérature spécialisée (Downie et Telfer, 1980; Noddings, 1984; Saillant, 1991; Sarason, 1985), sont la sollicitude, la compassion, l'attention, l'accueil, la disponibilité, le « support », le soulagement, la loyauté, la fidélité, la continuité, l'engagement, le désintéressement (ou la gratuité), le partage des conditions de vie, la solidarité dans les épreuves, le respect des personnes...

Mais ces qualités de l'aidant proche ou communautaire sont-elles suffisantes? Il faut bien admettre d'abord qu'elles n'ont rien de « naturel », si on sous-entend par là que des personnes en seraient dotées spontanément et de naissance par leur appartenance à une étape de la vie (le troisième âge!), à un sexe (le féminin!) ou encore à un type de caractère (altruiste!). Au plus peut-on parler de prédisposition, ou de vertu morale, comme on aurait dit au dix-neuvième siècle, et cela est bel et bien un construit social et une acquisition culturelle stables et régulés. Les qualités dont il s'agit sont parfois une « seconde nature », produite dans certains cas par une pratique religieuse comme la charité, dans d'autres par la socialisation aux liens familiaux ou à l'amitié filiale, dans d'autres encore par la sociabilité des obligations d'échanges directs ou différés (don et contredon); ou encore elles sont une réponse à une vocation ou à un appel transcendant. Ces qualités, pour réelles et heureuses qu'elles soient, n'en sont pas moins cadrées par les institutions sociales d'où elles tirent leur origine. L'aidant, à moins de mettre en œuvre quotidiennement une pratique d'amour aussi désintéressée, accueillante et engageante qu'est

l'« agapé » chrétienne (Boltanski, 1990), ne peut aller bien au-delà de ce cadre normatif. Et pour peu qu'il « croie à ce qu'il fait » (ce qui est une bonne condition pour la réussite de l'action), il tentera en toute bonne foi d'imposer cette normativité à un aidé bien mal placé, le cas échéant, pour se défendre.

De plus, supposons un aidant proche disposé à soutenir « l'autonomie de la personne », c'est-à-dire à veiller à son bien tel qu'elle le voit et le veut. Est-il le mieux placé pour définir les problèmes précis et les modes de résolution les plus sûrs quant aux atteintes aux autonomies fonctionnelle et psycho-sociale ? Rien n'est moins sûr. Au delà de la question des compétences techniques disponibles, cet aidant peut bien légitimement ne pas être conscient de ses limites. Dans ce cas, il manie un pouvoir incontrôlé, par lui comme par l'aidé, et il maintient de la dépendance plus qu'il ne crée les conditions d'un retour ou d'un accès nouveau à l'autonomie possible⁵.

L'opposition entraide-aide professionnelle

Si les développements précédents sont justes, nous pouvons en déduire deux choses. D'abord que l'opposition entre entraide et aide professionnelle ne renvoie pas d'abord à l'opposition entre

deux types de savoirs (savoirs d'expériences, de vécus partagés, et savoirs spécialisés et d'expertise) que l'on conçoit souvent comme irrémédiablement opposés. Il s'agit plutôt de deux manières sociales de voir au bien de la personne, c'est-à-dire au maintien — ou mieux au développement — de son autonomie possible, surtout dans les situations de dépendance incontrôlables par elle seule. L'une et l'autre visent également ce potentiel d'autonomie, quoique par des savoirs et des savoir-faire différents et inverses. Mais l'une et l'autre peuvent également « rater » cette autonomie. Et à la dépendance professionnelle toujours possible correspond une dépendance « communautaro-familialiste », si on peut dire, qu'on oublie bien souvent de prendre en compte.

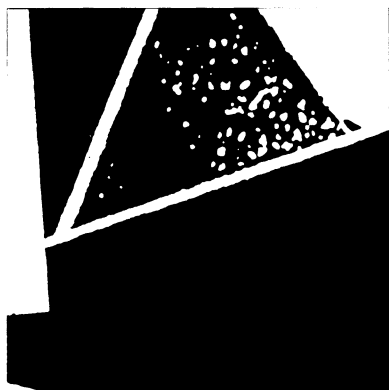
Deuxièmement, cette opposition n'est pas aussi antagonique qu'elle peut parfois le paraître. Dans l'absolu, bien sûr, les deux figures extrêmes sont sans commune mesure : l'émule de saint François d'Assise est aussi désintéressé, disponible et ouvert à la diversité des besoins humains que le spécialiste d'un dysfonctionnement corporel quelconque est appliqué à la connaissance exacte et à la réparation d'un organe. À ces extrêmes toujours, l'entraide peut donner lieu à un « nous fusionnel » chaleureux, mais bien souvent impuissant, et l'aide professionnelle peut se limiter à une passion mécanique qui réduit toute situation humaine à une chose absolument inerte.

Mais ces extrêmes, quoique toujours possibles, sont l'exception. Le médecin (pour prendre un exemple mille fois cité) peut bien ne s'intéresser qu'à une maladie particulière (ou même à l'un de ses sous-aspects) pour y

appliquer un programme standard. Mais à tout moment il devra, que cela lui plaise ou non, se rappeler que cette maladie est bien celle d'un être humain singulier et que toute son action se doit d'individualiser le cas, comme on dit. À l'inverse, l'aidant proche peut bien ne s'intéresser qu'à la personne du malade pour le soutenir ou l'accompagner. Mais il devra bien vite, pour peu qu'il veuille atteindre le but fixé, s'informer de cette maladie-là et des divers états possibles du malade. Pour les deux, celui qui est à aider est « un » : un être humain-malade. Le professionnel s'adressera certes à l'individualité malade, qu'il désocialisera partiellement ou momentanément pour mieux en abstraire « la » maladie à traiter. L'aidant proche, lui, s'adressera d'abord et avant tout à la personne de cet humain pour voir à ce que, dans cette situation dépendante, elle puisse trouver concrètement une vie autonome ici-et-maintenant, tout en assurant les meilleures voies d'accès à une autonomie future plus forte. Les chemins sont inverses : l'un désocialise et objective, l'autre solidarise et singularise. Mais une même condition préside au succès de ces deux actions : qu'elles soient toujours centrées et recentrées sur cette situation-là d'un être humain malade, ou plus généralement « en besoin de ».

Ainsi l'entraide et l'aide professionnelle sont-elles, théoriquement du moins, plus complémentaires que contradictoires. Dans la majorité des cas, on n'a pas nécessairement à jouer l'une contre l'autre ou à choisir l'une au détriment de l'autre. On peut bien sûr départager les avantages et les inconvénients respectifs de chacune, comme s'y essaie J. Guay (1984). Mais il ne s'agit plus alors de débattre

du bien-fondé ou de la supériorité de l'une sur l'autre. Le problème qui reste est proprement pratique : comment construire rapidement, dans chaque cas où un être humain est en besoin d'aide, une situation de vie qui sauvegarde et développe la meilleure autonomie possible, laquelle impliquera toujours la coopération de nombreux aidants aux statuts et aux compétences diverses. L'important est moins de distinguer les « naturels » des « professionnels » que d'arriver à construire ou à bricoler intelligemment des réseaux ad hoc composés d'aidants qui, tous, doivent également dire (et pouvoir dire) aussi précisément que possible la source et les limites de leurs savoirs et de leurs pouvoirs concrètement mobilisables dans ce réseau-là, à ce moment-là.



L'intervention

Des « aidants » aux « intervenants » professionnels

Avec la proposition précédente, nous sommes passés des relations d'aide à une situation, à un « système » ou encore à une logique d'aide. La relation interpersonnelle ou duelle reste certainement un moment important et incontournable de tout travail

d'aide. Mais elle n'en est plus le principe actif essentiel et exclusif. Au-delà de leurs appellations respectives (approches par réseaux d'entraide, par prise en charge par le milieu ; approches intégrées, structurelles, communautaires ; interventions systémiques, de crise, de court terme ; « résolution de problème », thérapie familiale, « case management », plan de service individualisé...), les pratiques contemporaines construisent des ensembles de relations concrètes unissant une personne ou un groupe à d'autres êtres et ressources selon des conventions spécifiques et dans des circonstances appropriées. Elles visent l'autonomie par des mises en situation adéquates beaucoup plus que par le seul changement personnel.

Une pensée systémique générale a bel et bien pénétré ces pratiques et c'est elle qui est responsable, pour une part, de l'usage prédominant du vocable « intervenant ». En effet, un des thèmes clés de la théorie des systèmes est la transformation d'un état du système dans un autre par le repérage des options et alternatives potentielles (les célèbres embranchements et arbres de décision). Toute situation problème est ainsi traduite en un ensemble de points ou leviers d'action à la disposition de tout agent qui, de l'intérieur ou de l'extérieur du système, décide d'en infléchir la transformation. Cet agent qui a ainsi l'initiative peut être dit, dans la théorie des systèmes, un *intervenant*⁶. Avec le « systémisme », l'« intervenant » est devenu le terme le plus générique pour désigner tout agent humain qui, par son pouvoir-faire, enclenche une dynamique interne à une situation considérée comme une unité d'action significative et suffisante. Compte tenu de son caractère formel et géné-

ral, le terme « intervenant » peut s'appliquer à un nombre indéfini de domaines et il peut, dans celui qui nous concerne, comprendre et recouvrir celui d'« aidant ».

L'intervention sociale

Mais ce glissement d'« aidant » à « intervenant » est beaucoup plus impliquant lorsqu'on quitte l'agent intervenant pour l'intervention elle-même. Cette dernière, en effet, a une histoire longue et lourde de sens dans nos milieux (Nélisse, 1992). Partie du domaine juridique, où elle signifiait (et signifie toujours) l'acte par lequel un tiers se présente dans une contestation judiciaire où il n'est pas originairement partie prenante, l'intervention en est venue à désigner principalement l'action d'un État à l'égard de ses semblables (l'intervention diplomatique, militaire...) et surtout à l'égard de « sa » société civile. Dans ce dernier cas, l'intervention — *sociale* au sens fort que prenait ce terme dans la célèbre « question sociale » — renvoie à toutes les actions des pouvoirs publics qui, en prenant part au déroulement d'une situation ou d'une affaire en cours, visent à imposer une volonté extérieure susceptible de donner lieu à un ordre des choses différent de celui qui serait advenu sans elle. L'intervention sociale se rapporte à une intervention sur « le social », quelles que soient les manières diverses dont on peut comprendre ce « social ».

L'histoire de l'intervention est longue : de l'État du dix-huitième siècle à l'État providence d'aujourd'hui, l'élargissement des pouvoirs étatiques a donné lieu à une multitude de politiques publiques. C'est aussi une histoire « lourde ». « Les autorités publiques agissent. Une commune, un ministère, un parlement *interviennent*, chacun à leur manière, de multiples

façons. Des mesures sont décidées, des ressources sont allouées, des contraintes sont imposées dans les domaines les plus variés, qui vont de la sécurité publique à la culture, de la fiscalité à la procréation. Dans nos sociétés, la sphère publique et étatique s'est installée partout, et chaque individu, à un titre ou à un autre, en ressent les effets : dans sa vie personnelle, dans ses rapports à la collectivité, voire même dans sa façon de goûter la nature qui l'environne » (Meny et Thoenig, 1989 ; nous soulignons).

Cette « intervention croissante de l'État dans la société civile », pour reprendre l'expression consacrée, prend — lorsqu'elle s'actualise dans des pratiques concrètes — deux formes qui tendent à se confondre très facilement sous le même vocable d'« intervention ». Ces deux formes sont les deux logiques de l'action professionnelle que nous tentons de définir de façon contrastée.

Intervention sociale et « logique d'aide »

Il y a d'abord l'action de l'État qui, en matière de services publics, projette et développe des offres de services destinées à en élargir la consommation. Une telle politique⁷ vise un compromis entre, d'un côté, le libre jeu

des volontés et intérêts privés sur le marché des services et, de l'autre, la recherche d'une maîtrise des problèmes sociaux et d'une certaine justice sociale. L'État, ici, encadre l'environnement des pratiques de service sans en imposer un modèle précis, sans contraindre les parties à des règles à suivre et encore moins à des résultats concrets à atteindre. Les politiques sociales ou sanitaires ont pour objet les ressources (matérielles, financières, techniques ou humaines) dans leur disponibilité et leurs conditions d'usage, et non le déroulement formel et la conclusion concrète du service ou de la relation. L'« intervention sociale » de l'État ne passe pas par une action directe de l'État sur chacun des services singuliers mais par une législation et une réglementation des multiples conditions de prestation des services. L'État vise des résultats d'ensemble en contraignant les ressources tout en laissant la plus complète liberté contractuelle possible aux parties.

Ainsi, par exemple, le ministère de l'Éducation peut-il se donner comme objectif de réduire de moitié, au secondaire, le taux de décrochage scolaire d'ici trois ans. Envisageons un moyen possible (parmi beaucoup d'autres, bien sûr) : ouvrir dans chaque polyvalente un service psychopédagogico-social que les jeunes pourront utiliser librement et anonymement. Ce service sera mandaté et défini par des objectifs généraux et prioritaires. Il sera régi, on s'en doute, par de multiples règles (écrites ou non) en ce qui a trait aux conditions d'accès, aux qualifications des personnels affectés, à certaines procédures de travail jugées indispensables... Ces cadres seront vécus vraisemblablement par les parties comme contraignants. Les

agents ne pourront mobiliser les ressources — et se mettre à l'œuvre eux-mêmes comme ressources — que pour autant que les politiques et règlements les y autoriseront. Obligés à de telles « manipulations » de ressources réglementées, on peut comprendre que ces agents se percevront intuitivement (et seront perçus) plus comme « intervenants » que comme « aidants ». Néanmoins, ces contraintes ne sont que « limitatives », si on peut dire. Les relations des agents et des jeunes, pour encadrées qu'elles soient, ne pourront cependant pas être déterminées, dans leur déroulement et leurs résultats, en dehors de leurs volontés et libertés respectives.

C'est, selon nous, la logique sociale de l'aide, et les agents pourraient très justement se dire des « aidants professionnels » et non des « intervenants », même si les cadres de leurs actions (ici une politique, sociale ou scolaire ?) relèvent typiquement de l'« intervention sociale ». C'est l'État qui intervient : par des politiques de services et par des réglementations, certes, des pratiques professionnelles (comme des pratiques bénévoles ou communautaires). Mais ces pratiques, en dépit et en raison aussi de ces réglementations, sont et restent des pratiques d'aide dans la mesure où elles résultent bien « d'une adéquation entre une offre de service et une demande d'ordre individuel fonctionnant dans le cadre d'un rapport de forme quasi contractuelle et privée » (Chauvet et Orlic, 1988 : 80).

Intervention sociale et « logique d'intervention »

On peut reprendre ce même exemple pour mieux saisir la seconde forme d'action de l'État. Ce dernier, afin de lutter contre le décrochage scolaire, pourrait

préférer une action directement contraignante sur les situations de décrochage au lieu d'encadrer un service « offert » aux décrocheurs et à leurs familles. Toute situation définie comme « décrochage scolaire » (selon une indication minimum fixée par la loi) serait référée à un lieu de traitement spécifique qui, selon des procédures minimum fixées elles aussi par la loi, verrait à faire ce qu'il faut pour que cesse une telle situation⁸. L'État ne fixe pas positivement, bien sûr, le contenu détaillé de ce que devra être le nouveau mode de vie du décrocheur et de sa famille, pas plus qu'il n'enjoindra aux professeurs et à l'école de se comporter de telle ou telle manière concrète à son égard. Il prédéfinit néanmoins, par la négative, *un résultat précis à atteindre absolument* : la situation de décrochage scolaire doit être abolie, ainsi que les conditions de son éventuelle reproduction.

L'impératif est de garder les enfants à l'école, « par tous les moyens et à tout prix », ou presque. L'école ainsi soumettra tous les élèves (ou certains d'entre eux) à un test de « risque de décrochage scolaire ». Les enfants ainsi repérés se verront proposer — sous peine de relégation dans des filières déqualifiées ou de quelque autre sanction — des encadrements pédagogiques particuliers. Les parents seront convoqués par un professeur ou un travailleur social pour examiner et revoir leur support scolaire à l'enfant, leurs attitudes parentales plus larges... La secrétaire responsable de la tenue quotidienne des relevés de présence scolaire recevra bons conseils et directives spécifiques pour guider son approche auprès de « ces familles-là ». Les personnels chargés de la surveillance des temps de récréation devront voir

à ce qu'il faut et les professionnels d'appoint seront mobilisés pour telle et telle thérapeutique comportementale. Il sera fait appel à de nouvelles aptitudes motivatrices des enseignants pour « accrocher » leurs élèves. Et si « ça ne fonctionne pas », au besoin (besoin qui n'a plus nécessairement rapport au besoin d'aide de l'élève), un agent autorisé fera — théoriquement du moins — un signalement obligé à la Direction de la protection de la jeunesse. De mesures en mesures, l'élève finira un jour par approcher l'âge où cesse l'obligation scolaire !

On peut parler ici de « logique d'intervention » (professionnelle ou pas) comme « continuation » ou actualisation de l'intervention étatique lorsque l'agent, à partir d'un mandat habilitant ou d'une ordonnance, ou plus largement d'une délégation d'autorité, introduit dans une situation sociale jugée a-normale, a-typique ou marginale des mesures ou des dispositifs susceptibles d'abord d'y mettre un terme et ensuite d'en bloquer et d'en prévenir la possible reproduction. Dès qu'un agent, quel qu'il soit, est mis par la loi au service de l'ordre public (et plus spécifiquement de la santé publique), de la justice (au sens le plus large qui soit) ou du bien ou de l'intérêt communs, il exerce une fonction d'intervention. Il met alors un terme, « du dehors et d'en haut » (Fourquet et Murard, 1976), à une situation inadmissible qui, sans cela, se reconduirait indéfiniment.

Généralement, cette fonction d'intervention s'exerce parallèlement, (et s'ajoute si on peut dire) à la fonction d'aide, et ce, assez souvent, par un même agent à l'égard d'une même clientèle. C'est ce qu'exprime bien clairement l'article 2 du *Code de déontologie médicale* français : « Le

médecin, au service de l'individu et de la santé publique, exerce [...] ». La coexistence imposée, chez un même professionnel (et parfois chez un agent bénévole), de ces deux fonctions ou logiques d'action possibles est une raison de plus qui permet de comprendre le recouvrement mutuel des termes d'« aide » et d'« intervention ».

Se reconnaître « aidant » et « intervenant »

Mais que penser de ce recouvrement ? Nous voudrions, dans cette dernière partie, avancer une courte réponse destinée surtout à amorcer une discussion. Nous dirons 1) que cette substitution de l'« intervention » à l'« aide » est un révélateur exact d'un changement de statut des pratiques professionnelles, mais 2) qu'un usage générique et non critique des termes d'« intervention » en vient à banaliser l'aide au point d'en entraver dangereusement les conditions de réussite.

On peut dire que l'aide (qui comprend, rappelons-le, les notions de « service », « assistance », « support », « soin », « thérapie », « consultation »...) a été, jusqu'à la fin des années soixante (au Québec du moins), la catégorie de pensée centrale dans la définition et la légitimation des pratiques professionnelles. Mais c'est durant cette même décennie que s'est amorcé un ensemble de transformations structurelles, tant dans les domaines socio-sanitaires (Lesemann, 1981 ; M. Renaud, 1981) que dans les domaines socio-judiciaires (Boismenu, 1988 et 1991). Les nouvelles conditions salariales, technocratiques et organisationnelles ont miné lentement mais sûrement la pertinence sociale des discours officiels des professions. La décennie suivante s'est chargée de formuler, de manière académique

et militante, une critique radicale de ces prétentions professionnelles, dans le cadre d'une théorie dite du « contrôle social » (Castel, 1988 ; ANAS, 1981).

L'aide (et la notion d'« assistance » en particulier) est apparue comme une notion idéologique à « fonction euphémisante et mystificatrice » (Platteau, 1986) spécifique à l'humanisme philanthropique et paternaliste propre aux sociétés ou aux secteurs sociaux précapitalistes. L'éthique du « service » et des « soins » était « démasquée » et présentée comme une idéologie servant à faire valoir et à occulter la fonction objective des institutions et des pratiques, qui était essentiellement un contrôle plus ou moins répressif des populations déviantes ou marginales, exclues ou laissées pour compte, « dangereuses » ou plus simplement « à risques ».

Les établissements (privés ou publics) ainsi que les professionnels et leurs corporations se manifestaient de plus en plus pour ce qu'ils étaient (ou étaient devenus) : des agents publics, parties prenantes, à part entière, des pouvoirs étatiques. Les illusions d'exercer une profession libérale (ou une quasi-profession) étaient bel et bien dissipées. Le praticien (comme on disait encore il y a peu) ne pensait plus son action exclusivement dans

sa seule relation au client. Il se savait de plus en plus nettement subordonné à un employeur d'abord, à des procédures et à des politiques étatiques ensuite. Ses pratiques étaient perméables à des influences de toutes natures et elles étaient plus spécifiquement arrimées aux pouvoirs et aux interventions sociales de l'État providence. Le praticien se savait « intervenant ».

Dans une telle perspective, l'abandon des termes « aide » et « service » au profit du terme « intervention » exprime « une vérité » des rapports sociaux réels. L'acceptation du terme « intervenant » par tous les agents dans les services humains manifeste réalisme et lucidité : tous se souviennent toujours qu'ils aident, qu'ils rendent service, qu'ils soignent ; mais ils savent que, ce faisant aujourd'hui, ils sanctionnent des conduites, ils orientent dans des filières prédéterminées, ils imposent des codes de vie, et que leur action thérapeutique est souvent une entreprise de modification du comportement (Lalande, 1990).

Mais cette reconnaissance, pour sociologiquement juste et politiquement intéressante qu'elle soit, n'en contient pas moins une ambivalence et un danger de taille. L'acceptation généralisée, non critique et sans retenue, pourrait-on dire, des termes « intervenir », « intervention » et « intervenant » fait sérieusement problème. Nous appuierons notre argumentation en reprenant le plus succinctement possible une des conclusions de notre examen de l'intervention comme catégorie de pensée contemporaine (Nélisse, 1992). L'intervention fait passer les choix politico-normatifs à la base des interventions étatiques pour des nécessités naturelles et raisonnables. Elle autorise une conception non

autoritaire et non dominatrice de l'État en faisant de ce dernier un modérateur, un catalyseur, un partenaire (un simple *primus inter pares*) qui partage sa capacité politique avec tous les autres intervenants dans la recherche d'une solution juste et efficace aux problèmes sociaux.

En se reconnaissant et en étant reconnu comme « intervenant », tout acteur collectif manifeste son intérêt et sa bonne volonté politiques envers le bien-être individuel et collectif, son intention d'y participer de façon responsable et démocratique. L'« intervenant professionnel », dans cette perspective, est un citoyen responsable comme les autres, un partenaire intéressé et consciencieux de l'État, qui ne se distingue que par sa mobilisation possible de compétences scientifiques et techniques rares. « Intervenir » est devenu une action neutre. Ses effets et ses résultats se perdent, certes de plus en plus souvent, dans les méandres des « systèmes ». Mais sa finalité — à laquelle tous croient sans trop y penser — est toujours là, en bout de ligne, garantie par l'État : c'est le meilleur service possible au citoyen et à la société.

L'usage massif et indéfini des termes d'intervention en est venu à écarter concrètement la question de la légitimité de l'intervention. Au nom de quoi ou de qui intervient-on ? Au nom de la loi, comme par le passé ? Plus vraiment. Seulement au nom de telle ou telle loi particulière, de tel ou tel nouveau règlement, d'une nouvelle procédure officielle, d'un récent protocole... Toutes ces directives et procédures ont été élaborées et sanctionnées dans le cadre des débats démocratiques où tous les intéressés ont pu « intervenir », justement. Elles sont donc on ne peut plus légitimes.

mes, et toute action qui les met en œuvre se voit automatiquement dotée de cette légitimité.

L'aide n'avait pas ce problème : une demande libre garantissait sa légitimité. Pour l'aidant, la difficulté consistait seulement à différencier les demandes libres des demandes contraintes, et le dilemme se formulait traditionnellement par la question « aide ou contrôle ? ». En se disant et en se reconnaissant aujourd'hui « intervenant », le praticien évacue, en quelque sorte, ces difficiles problèmes d'identité et de « mauvaise conscience » professionnelles. « Être intervenant » serait presque aujourd'hui un « nouveau métier » où on pourrait indistinctement être à la fois aidant et contrôlant. C'est ce que confirme cet article : « Intervenir : une très grande expansion des institutions psychiatriques ou médico-sociales a créé une vaste catégorie de personnels spécialisés pratiquant en équipe dans des établissements de placement ou semi-résidentiels, ou encore "en milieu ouvert". Nombreuses sont les catégories professionnelles concernées. La nature de leur tâche, où existe à la fois une part de contrôle social (J. Haley) et une part de soin psychologique, comporte une forme d'engagement personnel. Celui-ci est nécessité par les troubles relationnels de leurs clients, non seulement patients désignés, du fait de l'aspect familial de leur pathologie, mais souvent objets de mandats et de soins imposés face aux problèmes qu'ils posent » (article « intervenant » dans Benoit, 1988).

C'est cette fusion non réfléchie de l'aide à l'intervention qui nous fait problème⁹. Nous ne pensons nullement qu'il faille privilégier l'aide et revenir à « l'âge d'or » du professionnalisme d'antan ou à la glorification sans

limite des formes de *caring* ou d'entraide. Nous croyons cependant qu'elle reste toujours un type d'action sensée et légitime. Nous croyons par ailleurs que l'intervention, comme action d'autorité publique visant à contraindre et à normaliser des situations sociales définies comme injustes, est (et a toujours été d'ailleurs) une action elle aussi sensée et propre à toutes les professions engagées dans les « services humains ». Mais les rapports et interrelations éventuels entre les deux logiques ne peuvent se réduire à une simple assimilation. Les difficiles et délicats problèmes éthiques que soulevait le dilemme « aider ou contrôler » ne sont pas disparus sous l'effet d'on ne sait trop quelle baguette magique¹⁰. Ils se posent au contraire avec une acuité plus grande que jamais et probablement dans des termes nouveaux. La question n'est plus de choisir entre « aider » et « contrôler » ; nous faisons les deux. Mais « faire les deux » ne signifie pas nécessairement les confondre.

Au contraire, il nous faut reprendre, à frais nouveaux, l'examen de ces termes d'aide et d'intervention¹¹. Ce sont eux qui nous permettent de justifier nos actions, de légitimer les pratiques et qui inscrivent le tout dans le champ fondateur du « politique ». Sans ce réexamen serré et patient, nous interviendrons toujours en tous sens et de tous côtés, sans trop savoir pour qui ni pour quoi. Sans ce réexamen toujours, nous raterons bien souvent aussi l'aide que nous pourrions apporter aux personnes, faute de pouvoir déterminer et faire valoir, politiquement surtout, les conditions concrètes, spécifiques — et exigeantes souvent — que requiert nécessairement ce type d'action, que ce soit

sous sa forme communautaire ou sous sa forme professionnelle.

Claude Nélisse
Département de service social
Université de Sherbroke

Notes

- ¹ Nous partageons ici une idée maîtresse de beaucoup d'ergonomes contemporains — M. de Montmollin en particulier — qui nous font voir comment il faut se méfier des mots de vocabulaire communs, qui sont censés dire clairement la nature et la portée d'un travail, d'une tâche ou d'une profession, alors qu'ils recouvrent en fait un complexe de tâches diverses, souvent peu compatibles entre elles. Cet article prend sa source, non pas tant dans une vision ou une philosophie, que dans un travail méthodique d'explicitation et de classement des termes « de métier », dans le cadre d'une analyse de discours réalisée à partir d'entrevues semi-directives avec des agents mis en position de rendre compte de ce qu'ils font dans des situations concrètes de travail.
- ² Dans son sens absolu, aider n'est pas seulement le fait d'une personne agissant en faveur d'une autre. Un objet, un fait, un phénomène peuvent en être le sujet ou l'objet (« cette politique aide notre cause », « l'empathie aide la compréhension »). Nous nous en tiendrons ici à l'aide entre personnes humaines.
- ³ Ces niveaux d'autonomie ont évidemment rapport l'un à l'autre et leurs contenus concrets sont relatifs aux multiples cadres de vie que sont, pour chacun, les interdépendances régulières et quotidiennes. L'autonomie n'est jamais conçue ni comme l'« auto-suffisance » ni comme la « liberté d'en faire à sa guise », et chaque forme d'autonomie se comprend toujours dans sa relation aux situations concrètes d'échanges (éventuellement inégaux) et de réciprocité (souvent asymétrique). Notre présentation de l'autonomie doit beaucoup aux discussions que nous avons eues avec Ricardo Zuñiga (École de service social, Université de Montréal).
- ⁴ Cette dernière phrase peut faire « trop dramatique ». Nous voudrions corriger cette éventuelle impression en précisant que cette question de vie et de mort n'est pas la question concrète, immédiate qui se pose nécessairement

ainsi à toute personne ayant besoin d'aide. Elle est néanmoins au bout d'une trajectoire de dépendance non maîtrisée. De plus, s'il ne s'agit pas le plus souvent de vie ou de mort physique, il nous semble cependant légitime et juste de parler de vie et de mort psychologiques — ainsi que de vie et de mort sociales — pour toute personne en situation qui voit la probabilité ou la nécessité d'une réorientation ou d'un changement radical de son mode de vie. C'est là que le besoin d'aide s'affirme pleinement, et le langage populaire ne s'y trompe pas lorsqu'il dit que ce sont là des moments « où on perd un peu de soi-même », « où on risque gros », « où on meurt pour mieux renaître »...

- 5 Pour être complet, il faudrait ajouter les conséquences de l'épuisement possible de l'aidant. L'amour ne suffit pas, comme le montrent bien Guberman, Maheu et Maillé (1991). Et surtout, l'aidant accomplit souvent, selon l'expression des auteurs, une action à caractère « contraint et contraignant ».
- 6 Nous avons essayé de retracer les filiations entre l'« intervention » et la théorie des systèmes suite à la lecture d'un court essai du philosophe Paul Ricoeur (1986) sur « l'initiative » (voir Nélisse, 1992).
- 7 L'expression québécoise la plus exemplaire d'une telle politique reste le volume III du Rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social — intitulé *Le Développement* — ainsi que l'annexe 25 de ce rapport, intitulée « La société de demain : ses impératifs, son organisation ».
- 8 Si l'intervention, comme l'aide, fonctionne dans des cadres légaux, la seconde peut être essentiellement circonscrite par les pouvoirs réglementaires de l'Exécutif alors que la première nécessite une détermination beaucoup plus substantielle par le Législatif lui-même. À ce niveau, la forme d'interven-

tion la plus connue est celle qui correspond aux dispositifs dits de « protection » (de la jeunesse en particulier). À quoi il faut ajouter la plupart des nouveaux dispositifs dits de « prévention ». Sur ce dernier point, voir les contributions rassemblées par G. Renaud (1984) ; voir aussi la remarquable étude de Chauvenet et Orlic (1988).

- 9 Jérôme Guay — et il est loin d'être le seul — en arrive plus récemment à écrire : « L'aidant naturel, également appelé "intervenant profane indigène" ou "aidant du voisinage" » (1991 : 150 ; c'est nous qui soulignons).
- 10 Parmi les nombreuses publications qui abordent ce dilemme, nous recommandons le dossier dont Bertrand Sachs (1989) signe l'introduction, qui est une démarche exemplaire de réflexion différentielle sur les pratiques d'aide et d'intervention, et l'ouvrage de Seron et Wittezaele (1991), qui représente une démarche inverse de fusion et d'assimilation des deux logiques.
- 11 L'examen de ces deux logiques est une condition nécessaire, mais insuffisante, pour la compréhension du travail professionnel contemporain. Il faut y ajouter au moins, comme nous l'avons signalé en introduction, l'étude d'un troisième univers : l'expertise comme situation ou logique propre de travail.

Bibliographie

- ANAS. 1981. *Travail social, contrôle social ?* Paris, ESF.
- BENOIT, J.-C., éd. 1988. *Dictionnaire clinique des thérapies familiales systémiques*. Paris, ESF.
- BOISMENU, Gérard. 1988. « L'État et l'ordre juridique », dans G. BOISMENU et J.-J. GLEIZAL, éd. *Les Mécanismes de régulation sociale*. Montréal et Lyon, Boréal et Presses universitaires de Lyon : 23-55.
- BOISMENU, Gérard. 1991. « Le réaménagement de la régulation technique de l'État », dans L. MAHEU et A. SALES, éd. *La Recomposition du politique*. Paris et Montréal, L'Harmattan et Les Presses de l'Université de Montréal : 217-250.
- BOLTANSKI, Luc. 1990. *L'Amour et la Justice comme compétences*. Paris, Métailié.
- CASTEL, Robert. 1988. « De l'intégration sociale à l'éclatement du social : l'émergence, l'apogée et le départ à la

retraite du contrôle social », *Revue internationale d'action communautaire*, 20-60, automne 1988 : 67-78.

- CHAUVENET A., et F. ORLIC. 1988. *Les Professionnels de la santé publique producteurs de normes et de droits*. Paris, Centre d'études des mouvements sociaux.
- DANDURAND, Renée. 1981. « Famille du capitalisme et production des êtres humains », *Sociologie et sociétés*, 13, 2 : 95-111.
- DODIER, Nicolas. 1991. « Agir dans plusieurs mondes », *Critique*, 47, 529-530 : 427-458.
- DOWNIE, R. S., et E. TELFER. 1980. *Caring and Curing. A Philosophy of Medicine and Social Work*. Londres, Methuen.
- ENNUYER, Bernard. 1990. « La dépendance instituée », *Informations sociales*, 6-7 : 53-57.
- FISCHER, W., et L. GILLIOZ. 1981. « Comment faire des humains. Stratégie de normalisation et destin de classe », *Revue suisse de sociologie*, 7 : 41-84.
- FOURQUET, F., et L. MURARD. 1976. « Histoire de la psychiatrie de secteur ou le secteur impossible », dans *Généalogie des équipements de normalisation, les équipements sanitaires*. Paris, CERFI.
- FOWLER, M. D. M., et J. LEVINE-ARIFF. 1990. *Éthique des soins infirmiers*. Paris et Montréal, Medsi et McGraw-Hill (traduit de l'américain).
- GOFFMAN, Erving. 1968. « Les hôpitaux psychiatriques et le schéma médical type », dans *Asiles*, chap. IV (traduit de l'américain).
- GUAY, Jérôme. 1984. *L'Intervenant professionnel face à l'aide naturelle*. Chicoutimi, Gaëtan Morin.
- GUAY, Jérôme. 1991. « L'approche proactive et l'intervention de crise », *Santé mentale au Québec*, 16, 2 : 139-154.
- GUBERMAN, N., P. MAHEU et C. MAILLÉ. 1991. *Et si l'amour ne suffisait pas. Femmes, familles et adultes dépendants*. Montréal, Les Éditions du Remue-ménage.
- LALANDE, Pierre. 1990. « Comment devient-on "réaliste" ? Une étude sur la trajectoire mentale des agents de probation », *Déviance et société*, 14, 1 : 17-38.
- LAMOUREUX, J., et F. LESEMANN. 1987. *Les Filières d'action sociale. Les rapports entre les services sociaux publics et les pratiques communautaires*. Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, Programme de recher-

- che, 24. Québec, Les Publications du Québec.
- LESEMANN, Frédéric. 1981. *Du pain et des services. La réforme de la santé et des services sociaux au Québec*. Montréal, Éditions coopératives Albert Saint-Martin.
- MALHERBE, Jean-François. 1987. *Pour une éthique de la médecine*. Paris, Larousse.
- MCKNIGHT, John. 1977. « Le professionnalisme dans les services : un secours abrutissant », *Sociologie et sociétés*, 9, 1 : 7-19.
- MEMMI, Albert. 1979. *La Dépendance*. Paris, Gallimard.
- MENY, Y., et J.-C. THOENIG. 1989. *Politiques publiques*. Paris, PUF.
- NÉLISSE, Claude. 1992. *L'Intervention : matériaux pour une définition*. Université de Sherbrooke, document de travail.
- NODDINGS, Nel. 1984. *Caring. A Feminine Approach to Ethics and Moral Education*. Berkeley, University of California Press.
- NOVAES, Simone, éd. 1991. *Biomédecine et devenir de la personne*. Paris, Seuil.
- PARSONS, Talcott. 1955. *Éléments pour une sociologie de l'action*. Paris, Plon.
- PLATTEAU, Jean-Pierre. 1986. « La fonction euphémisante et mystificatrice de l'aide », dans Collectif. *Dis-moi qui tu aides...* Namur, Presses universitaires de Namur.
- RENAUD, Gilbert, éd. 1984. « La prévention, entre le contrôle et l'autogestion », *Revue internationale d'action communautaire*, 11-51, printemps 1984.
- RENAUD, Marc. 1981. « Les réformes québécoises de la santé ou les aventures d'un État "narcissique" », dans *Médecine et société : les années 80*. Montréal, Éditions coopératives Albert Saint-Martin : 513-549.
- RICCEUR, Paul. 1986. *Du texte à l'action. Essais d'herméneutique, II*. Paris, Seuil.
- ROBERTIS, Christine de. 1983. « Définition du concept d'aide et d'accompagnement en service social », *Revue française de service social*, 138 : 11-22.
- SACHS, Bertrand. 1989. « Familles en souffrance : l'aide psychologique », numéro spécial de la revue *Informations sociales*, 1, « Introduction ».
- SAILLANT, Francine. 1991. « Les soins en péril : entre la nécessité et l'exclusion », *Recherches féministes*, 4, 1 : 11-29.
- SARASON, Seymour B. 1985. *Caring and Compassion in Clinical Practice*. San Francisco, Jossey-Bass.
- SERON, C., et J.-J. WITTEZAELE. 1991. *Aide ou contrôle. L'intervention thérapeutique sous contrainte*. Bruxelles, De Boeck-Wesmael.
- TOUSIGNANT, Michel, et autres. 1987. *Utilisation des réseaux sociaux dans les interventions*. Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, Programme de recherche, 9. Québec, Les Publications du Québec.
- VANDELAC, Louise, et autres. 1985. *Du travail et de l'amour. Les dessous de la production domestique*. Montréal, Éditions coopératives Albert Saint-Martin.