

LE PROCESSUS D'INTERVENTION: COMPÉTENCES ET RESPONSABILITÉS

Serban Ionescu

Le constat, suite à une évaluation, d'un déficit mental, permet d'envisager une série de problèmes: limitation de l'autonomie, difficultés d'apprentissage et d'intégration sociale, institutionnalisation et ségrégation. On constate, qu'entre l'enfant ou l'adulte présentant une telle déficience et le monde dans lequel ils vivent se crée un système d'interactions différent de celui qu'on rencontre dans le cas des personnes non déficientes.

Le processus d'intervention vise justement à influencer ce système particulier d'interactions et à faciliter l'obtention de résultats différents de ce qu'on peut attendre en l'absence d'intervention. Dans ce contexte, je considère comme intervention:

- toute action visant à faire acquérir à la personne déficiente des comportements adaptés;
- toute action visant à modifier ou à éliminer les comportements inadéquats que peuvent présenter les enfants et les adultes déficients;
- toute action sur les personnes significatives de l'environnement d'une personne déficiente, action visant à modifier les interactions entre ces personnes et la personne déficiente;
- toute action sur ceux qui prennent des décisions concernant la personne déficiente, action visant à modifier les perceptions, les représentations que les décideurs ont de la déficience.

Serban Ionescu, Professeur de psychologie clinique et pathologique, Université de Paris VIII, 2, rue de la Liberté, 93526 Saint-Denis Cédex 02, France et Université du Québec à Trois-Rivières.

Ce texte reprend l'allocation d'ouverture de l'atelier numéro 70, organisé dans le cadre du Congrès annuel de l'Association du Québec pour l'intégration sociale (Trois-Rivières, 23-25 mai 1991).

La réflexion que j'ai amorcée depuis des années concernant le processus d'intervention s'est concrétisée dans l'élaboration d'un important ouvrage, en deux volumes, consacré à *L'intervention en déficience mentale*. Le premier volume est paru en 1987 et le deuxième est sorti en 1990, il y a quelques mois seulement (Ionescu, 1987; 1990a). Un autre volume sur l'intervention dans ce domaine est planifié pour 1992.

Aux deux volumes de *L'intervention en déficience mentale* ont collaboré 32 spécialistes de six pays. A l'atelier d'aujourd'hui participent cinq des co-auteurs de cet ouvrage: Daniel Boisvert, Michèle Déry, Gaétan Gagnon, Colette Jourdan-Ionescu et Paul-Antoine Ouellet. Je leur ai proposé que cet atelier soit centré sur un aspect peu débattu, moins abordé jusqu'ici, celui des relations, dans le cadre du processus d'intervention, entre compétences et responsabilités.

Envisager la **compétence** en discutant d'intervention n'a rien d'original:

- en intervenant, notre objectif est de rendre aussi compétente que possible la personne présentant une déficience mentale;
- en même temps, pour réussir ses interventions, le professionnel doit être compétent. Cette compétence est en relation avec la formation qu'il a reçue. Elle est établie en fonction de critères multiples et pas seulement sur la base des résultats obtenus lors des interventions auprès des bénéficiaires.

L'ajout de la dimension **responsabilité** change, à mon avis, de manière significative l'éclairage apporté au processus d'intervention. Notre atelier, les interventions de mes collègues porteront sur les conséquences de cette nouvelle optique. Nous nous situons, donc, dans une perspective où l'objectif de l'intervention est de rendre la personne déficiente compétente et responsable. Pour illustrer cette façon de concevoir l'intervention, mes collègues aborderont des exemples qui concernent la

désinstitutionnalisation, l'intégration sociale et la qualité de vie, l'intégration scolaire, les loisirs et les sports, l'éducation sociale. Michel Boutet, lui aussi co-auteur de *L'intervention en déficience mentale*, devait aborder l'exemple de l'éducation sexuelle. Des contraintes liées au programme de notre Congrès l'ont empêché de se joindre à nous.

Examiner l'intervention dans la double perspective des compétences et des responsabilités nous oblige à étudier aussi l'action des différents membres de l'équipe d'intervention. C'est un aspect que j'aborderai dans cet exposé introductif à notre atelier, en tentant de répondre à la question: que signifie, très concrètement, dans ce cas, l'introduction de la dimension responsabilité? La réponse à cette question n'est pas simple. En effet, faire preuve de responsabilité a, dans le cas des intervenants, au moins les quatre significations suivantes:

1. Centrer l'intervention sur les besoins réels, authentiques de la personne présentant une déficience. Cette orientation de l'intervention implique le respect des droits de la personne auprès de laquelle s'effectue l'intervention, la prise en compte des caractéristiques développementales de cette personne, la réduction des biais liés aux intérêts de l'intervenant, à ses prises de position théoriques et idéologiques.

Différents témoignages révèlent, par exemple, les nombreux abus commis lors de la stérilisation des personnes déficientes mentales (Ionescu, 1990b).

2. Procéder à une appropriation critique des modèles d'intervention, s'interroger sur les causes des échecs, arrêter (si nécessaire) le processus d'intervention et chercher des moyens alternatifs d'intervention. Cette relation responsable à la méthodologie de l'intervention constitue une prévention des effets de mode. Elle implique, de la part de l'intervenant, des preuves de créativité. L'intervenant doit constamment penser son intervention. Cette démarche le démarque de ceux qui appliquent une véritable "robotisation" du travail d'intervention, de même que des "substituts" d'intervenants. Je fais, ici, référence à un programme de formation de petits capucins (ou sapajous) qui seront placés auprès de personnes tétraplégiques. Inspiré par le modèle américain lancé, en 1977, à Boston, par Mary Joan Willard, le programme français se déroule en Bretagne et coûte environ un million de dollars canadiens. A la fin de quatre ans de formation, 10 singes capucins aideront des personnes gravement handicapées.

Une relation responsable à la méthodologie de l'intervention implique, aussi, un réexamen de la place que doit occuper le plan d'intervention. Nécessaire, indispensable même, ce plan ne doit représenter qu'un guide, une matrice souple, un organisateur des activités. Il ne doit, en aucun cas, se transformer en corset de plâtre, empêchant tout mouvement, tout élan créateur.

3. La réussite du processus d'intervention présuppose un partage des responsabilités entre les différents participants. Ceci exclue tout transfert, toute "délégation" des responsabilités. Dans ces conditions, le professionnel doit assumer la responsabilité de chacun de ses actes d'intervention.

Le partage des responsabilités allégera, sans doute, le fardeau que certains intervenants concentrent sur les épaules des parents. Essentielle, la contribution des parents ne doit, en aucun cas, conduire à l'épuisement, à l'usure psychologique de ceux-ci.

Partager les responsabilités, démocratiser l'intervention implique la participation du bénéficiaire tout au long du processus de prise de décisions. Expression des droits de la personne, cette participation ne doit pas être une manipulation démagogique car elle est objectivement possible et utile. Des recherches comme celles de Lovett et Harris (1987a, 1987b) apportent des arguments décisifs en faveur de cette thèse. Les auteurs cités montrent, en effet, que des adultes présentant un déficit mental léger et modéré classent de la même manière que des personnes significatives de leur entourage, les habiletés importantes pour la vie, dans la communauté, des personnes déficientes.

4. Les professionnels, les membres des équipes d'intervention doivent prendre conscience et prendre en compte les biais qu'engendrent les facteurs non cognitifs impliqués dans l'intervention. La toute-puissance méthodologie, le primat des savoir-faire ont scotomisé les effets de ce qu'il conviendrait d'appeler les facteurs non cognitifs: contre-attitudes, démotivation, etc.

La pratique nous montre que, préoccupés par les techniques et les méthodes d'intervention, nous oublions souvent les difficultés qu'engendrent ces facteurs non cognitifs. Une authentique approche clinique permettrait, cependant, de cerner l'impact de ces facteurs dont une sorte de pudeur, d'auto-censure nous empêche encore de parler. La solution passe

par l'amorce ou la continuation d'un travail clinique personnel.

Les quatre aspects cités décrivent, signalent, à mon

avis, l'intervention qui est effectuée de manière responsable. Nous attendons de les déceler de plus en plus fréquemment...

BIBLIOGRAPHIE

IONESCU, S. (1987) *L'intervention en déficience mentale. Problèmes généraux. Méthodes médicales et psychologiques*. Vol. 1. Bruxelles: Pierre Mardaga.

IONESCU, S. (1990a) *L'intervention en déficience mentale. Manuel de méthodes et techniques*. Vol. 2. Bruxelles: Pierre Mardaga.

IONESCU, S. (1990b) Introduction au deuxième volume. In Ionescu, S. (éd.). *L'intervention en déficience mentale. Manuel de méthodes et techniques*. Vol. 2. Bruxelles: Pierre Mardaga.

LOVETT, D. L., HARRIS, M. B. (1987a) Identification of important community living skills for adults with mental retardation. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 31, 34-41.

LOVETT, D.L., HARRIS, M. B. (1987b) Important skills for adults with mental retardation: the client's point of view. *Mental Retardation*, 25, 351-356.