

Gendreau, P.L. (2001). Rechercher l'intervention. In G. Gendreau (Ed.), *Jeunes en difficulté et intervention psychoéducative* (pp. 375-416). Montréal: Sciences et Culture.

RECHERCHER L'INTERVENTION

« Je ne cherche pas, je trouve. »

Pablo Picasso

À voir comment la recherche et l'intervention psychosociale ont évolué au cours des dernières années, on peut avoir l'impression qu'elles sont devenues aujourd'hui des activités incompatibles. Les critiques et les controverses, parfois rationnelles parfois émotives, sont nombreuses. Entre autres, les intervenants blâment les chercheurs pour leur manque de réalisme et les chercheurs reprochent aux intervenants leur manque de rigueur scientifique. « Arrêter de chercher » disent les intervenants aux chercheurs, « trouver plutôt ! » Et les chercheurs de répliquer : « il faut bien chercher pour trouver ! » Ainsi, principalement à cause de différends idéologiques, la dichotomie recherche vs. intervention ou théorie vs. pratique s'est accentuée, créant un fossé, voire un gouffre entre les deux domaines d'activités. Tant pour les chercheurs et les intervenants que pour les gestionnaires et les personnes en besoin, il est absolument impératif de combler ce gouffre au plus vite. Mais concilier la recherche et l'intervention et réconcilier les chercheurs et les intervenants n'est pas une mince tâche. Voici donc dix stratégies qui, à mon avis, pourraient grandement accélérer ou faciliter le rapprochement entre recherche et intervention, et entre chercheurs et intervenants.

STRATÉGIE 1 : ÉLIMINER LA FORMATION PARALLÈLE ET DICHOTOMIQUE

Tout programme permettant une spécialisation soit en recherche soit en intervention creuse davantage le fossé entre les deux domaines.

Le savoir et la science font bon ménage à l'université. Aujourd'hui, celui ou celle qui n'a pas de programme de recherche ou du moins qui n'a pas été formé à la recherche n'a que peu de chance de décrocher un poste académique dans une université de calibre. L'acquisition d'une expertise scientifique est devenue –et cela est fort heureux– une nécessité académique. Cependant, ces nouveaux professeurs ne possèdent généralement pas une expérience clinique solide ou du moins satisfaisante pour la bonne raison qu'une telle formation ne faisait pas partie intégrante de leur maîtrise ou doctorat.

Rares sont les programmes universitaires qui permettent aux étudiants d'acquérir une formation de qualité tant au niveau recherche qu'au niveau clinique. Certains étudiants acquerront donc un savoir surtout théorique et les connaissances et apprentissages des habiletés cliniques seront absentes ou limitées; par conséquent, ils n'adhéreront pas aux ordres professionnels. D'autre part, certains opteront pour une formation axée sur la pratique, les modèles théoriques seront pour la plupart esquivés et l'aspect scientifique ne sera que très peu abordé étant donné l'absence ou l'insuffisance d'infrastructure de

recherche ; par conséquent, ils ne dénicheront pas d'emploi académique.

Le problème de l'intégration recherche-intervention en milieu universitaire n'est pas d'aujourd'hui ; il n'est pas non plus exclusif au Québec ou à la psychoéducation. Il y a plus de 50 ans, des académiciens, chercheurs et cliniciens en psychologie se réunissaient à Boulder au Colorado pour discuter et mettre sur pied un modèle de formation universitaire accordant une place égale à la recherche et à la pratique (voir Benjamin et Baker, 2000). Ce modèle connu aujourd'hui sous le nom de « modèle Boulder » a été adopté par –ou du moins a influencé– la plupart des départements de psychologie des universités nord-américaines. Son objectif premier était –et est toujours– de former des chercheurs-cliniciens. Aujourd'hui, on constate que malgré l'effort des programmes universitaires à intégrer recherche et pratique, la plupart des finissants optent pour le travail clinique, laissant de côté tout aspect relié à la recherche (Nathan, 2000). Seulement une poignée de finissants persiste en recherche et arrive à dénicher une position permettant l'intégration de la recherche avec la pratique. Ceci est bien normal puisque les ouvertures sont plus nombreuses en milieux cliniques et que la pratique professionnelle paie en général bien mieux que la recherche. Au contraire, la recherche n'offre que très peu de sécurité d'emploi, la compétition y est très forte et les postes universitaires sont rares. Il n'est donc pas étonnant de constater que les universités accouchent de finissants qui délaissent la recherche.

Il est utopique de prétendre que tous les nouveaux diplômés peuvent être à la fois des experts en recherche et en clinique; ce qui est important c'est de former des étudiants qui ont eu au moins la chance d'expérimenter et d'apprécier les deux activités, qui ne méprisent ni la recherche ni l'intervention et qui sont capables ou du moins ouverts à l'idée d'intégrer l'approche scientifique en milieu clinique. Toute formation universitaire permettant une spécialisation soit en recherche soit en intervention creuse davantage le fossé entre les deux domaines. Une telle formation unilatérale est incomplète et mal adaptée à la recherche-action de demain (Renou, 1998). Dans le but de former des diplômés bien versés en intervention et en recherche, il est donc primordial que les milieux universitaires initient, en collaboration avec les milieux cliniques, certains changements notoires. Créer des liens plus étroits entre milieux universitaires et milieux d'intervention et offrir une formation de recherche mieux adaptée à la réalité clinique représentent des besoins pressants. On ose espérer que de telles modifications rehausseraient la motivation des étudiants vis-à-vis l'apprentissage des fondements et méthodes de la recherche.

STRATÉGIE 2 : ÉTABLIR DES INFRASTRUCTURES DE RECHERCHE DANS LES MILIEUX CLINIQUES

La plupart des milieux cliniques ne sont pas des endroits propices à l'exécution des activités de recherche.

Bien qu'ils doivent être les principaux acteurs du changement, les milieux universitaires ne sont évidemment pas les seuls responsables de la dichotomie recherche-intervention. Les milieux cliniques (centres jeunesse, centres de réadaptation, hôpitaux, CLSC, etc.)

jouent aussi un rôle crucial dans la formation des intervenants, et ce aussi bien durant qu'après les études universitaires ou collégiales. Mais la plupart des milieux cliniques ne sont pas des endroits propices à l'exécution des activités de recherche car ils ne possèdent pas d'infrastructures de recherche suffisantes. Ainsi, les chercheurs ont l'impression que les milieux cliniques sont hermétiques et peu réceptifs à la recherche. En revanche, les intervenants sont las de voir les chercheurs se tenir à distance. Justifiées ou non, ces perceptions existent et en fin de compte les chercheurs et les intervenants ne se côtoient pas.

Pour modifier ces perceptions, il faut que les chercheurs soient motivés à travailler dans les milieux cliniques et que les milieux cliniques soient ouverts vis-à-vis la recherche. Des médiateurs, c'est-à-dire des chercheurs-cliniciens qui feront le pont entre les chercheurs et les cliniciens d'orientations plus traditionnelles sont nécessaires. Comme mentionné précédemment, un tel rapprochement serait grandement facilité si les universités parvenaient à former des chercheurs-cliniciens avec un peu plus de régularité. Mais comment faire de la place à la recherche alors que les milieux cliniques manquent déjà de ressources et de temps? Dans ces conditions la recherche est un fardeau inacceptable. Les chercheurs se doivent d'offrir une aide substantielle aux cliniciens, soit de manière financière soit de manière professionnelle, pour ne pas surtaxer la tâche des intervenants.

Les gestionnaires et les décideurs doivent aussi s'ouvrir à la recherche. Encore aujourd'hui, la recherche n'est pas considérée comme vraiment utile et la collaboration ou la présence de chercheurs dans les prises de décision est limitée. Pour que cela change, et cela dans le meilleur intérêt du public, il importe de voir l'approche scientifique et la « logique expérimentale » s'intégrer dans les différents paliers du gouvernement et de l'intervention. Toutefois, une telle intégration doit être progressive et convenir aux intervenants et aux gestionnaires. Les chercheurs ne doivent pas imposer leur vision mais plutôt démontrer les avantages à établir une collaboration. Par ailleurs, les intervenants doivent être ouverts au changement et entrevoir les avantages d'une collaboration avec les chercheurs tel qu'accroître les connaissances de la problématique, élargir les compétences, stimuler le travail clinique, augmenter les ressources disponibles pour le public et élaborer des traitements plus efficaces.

STRATÉGIE 3 : CHANGER LA NOTION DE PERFORMANCE

La pression à publier et à obtenir des fonds pour faire de la recherche réduit l'attrait vers le travail clinique.

Les chercheurs déploient beaucoup d'effort pour saisir les fondements théoriques et organiser les activités de recherche. Ils doivent faire des demandes de subventions plusieurs fois par année et ils doivent voir leurs résultats publiés dans des revues scientifiques de haut calibre afin d'augmenter leurs chances d'être subventionnés. Dans les milieux universitaires et les centres de recherche, le nombre de publications et la qualité des revues où les travaux sont publiés déterminent en grande partie non seulement la performance du professeur ou du chercheur mais aussi le respect des pairs. En fin de compte, la pression à publier et à obtenir des fonds pour faire de la

recherche réduit l'attrait vers le travail clinique. Passer du temps auprès de la clientèle en besoin, c'est malheureusement au yeux du chercheur une perte de temps et une nuisance à sa carrière scientifique. Revaloriser le travail clinique pour qu'il reprenne sa place dans l'échiquier scientifique et qu'il redevienne source d'inspiration pour la recherche est d'une importance capitale pour les chercheurs. Dans le domaine des sciences psychosociales, la performance devrait en fin de compte se mesurer par la qualité de la recherche, son applicabilité et son impact clinique. Ici encore, le gouvernement pourrait favoriser le partenariat en augmentant les fonds publics attribués aux programmes de recherche qui ont, ou du moins qui promettent d'avoir un impact clinique.

Alors que les chercheurs sont préoccupés par leur demande de fonds et leurs publications scientifiques, les intervenants sont tout simplement obnubilés par l'ampleur des tâches et des responsabilités cliniques. Ils doivent s'occuper de cas de plus en plus difficiles et ils doivent le faire rapidement. En clinique, on juge souvent la performance par le nombre de dossiers « fermés ». Étant en quelque sorte forcés au « fast-food » clinique, les intervenants n'ont donc pas ou peu de temps pour s'informer des nouvelles connaissances et applications cliniques. En conséquence, la plupart des intervenants, une fois leur formation universitaire complétée, n'ouvriront plus jamais un livre ou une revue spécialisée dans le but de se perfectionner ou de se ressourcer professionnellement. On verrait mal un médecin qui ne se tient pas au courant des plus récents traitements et techniques, sa carrière serait en jeu. Une telle attitude ne se retrouve pas au niveau de l'intervention psychosociale peut-être parce que les répercussions apparaissent moins importantes. Mais le sont-elles vraiment? Intégrer la recherche à l'intervention et rapprocher les chercheurs des cliniciens pourraient grandement améliorer la performance clinique et l'impact de la recherche. On a besoin de collaboration et de synergie pour accroître la performance dans les deux clans et non d'interminables conflits idéologiques.

STRATÉGIE 4 : SORTIR DES LABORATOIRES ARTIFICIELS

Une théorie qui n'est pas testée et appliquée hors du laboratoire n'est rien de plus qu'une théorie inutile.

Tard le soir et après une longue journée de travail, une psychoéducatrice se rend vers sa voiture qu'elle avait garée dans un stationnement bien éclairé. Elle remarque alors un homme semblant chercher désespérément quelque chose par terre. « Vous avez perdu quelque chose, je peux peut-être vous aider? » demande la psychoéducatrice à l'homme qui cherchait. « Oui peut-être, j'ai perdu mes clés en traversant le parc de l'autre côté de la rue » répond celui-ci. « Mais... que faites-vous donc ici? » questionne la psychoéducatrice incrédule. Et l'homme de rétorquer : « Il n'y a pas de lumière dans le parc, alors je cherche là où il fait clair... »

Cette caricature populaire ne reflète-t-elle pas le chercheur traditionnel, celui qui n'ose pas quitter le confort et la sécurité de son laboratoire? Les laboratoires sont des sanctuaires où apparemment tout peut être ajusté, contrôlé et mesuré. Malgré ces avantages certains, on doit

toutefois se questionner sur la valeur d'une découverte qui ne peut se généraliser à la vie extérieure. « Toute recherche oblige » écrivait André Gide. En effet, ne faut-il pas que la science soit applicable? La connaissance scientifique peut-elle se limiter à des laboratoires artificiels et à des documents plus ou moins déchiffrables qui se retrouveront assez tôt sur les tablettes poussiéreuses des bibliothèques universitaires? En sciences humaines, une théorie qui n'est pas testée et appliquée hors du laboratoire n'est rien de plus qu'une théorie inutile.

Les chercheurs disent fréquemment qu'ils veulent « simplement » comprendre le monde qui les entoure et n'ont souvent que très peu d'intérêt à intervenir auprès de la population. Leur contribution principale est de développer les connaissances scientifiques. Bien souvent, toutefois, les études complexes et interminables n'apportent rien de bien nouveau aux cliniciens. Ce sont souvent des montagnes qui accouchent de souris. Les chercheurs doivent donc quitter leur laboratoire et chercher dans le plus grand laboratoire humain qui soit: la terre, même s'il y fait souvent plus sombre et que les conditions expérimentales sont loin d'être idéales. Toutefois, pour ces chercheurs qui osent quitter leur laboratoire, un défi bien plus difficile et important les attend : s'entendre et collaborer avec les intervenants.

STRATÉGIE 5 : ACCUEILLIR LA RECHERCHE

*Les trois fonctions de l'intervenant :
diagnostic, traitement et recherche.*

Certains intervenants disent qu'ils veulent « simplement » mettre à profit leur art thérapeutique afin d'aider les personnes en besoin. Bien entendu, la motivation à aider les plus démunis est essentielle à toute action éducative. Mais l'intervention n'est pas seulement un art, elle est aussi une science. Et la méthode scientifique, si utilisée avec un certain art, peut considérablement améliorer l'efficacité de l'intervention. Ainsi faudrait-il demander aux intervenants qui disent vouloir perfectionner leur art et améliorer la portée de leur intervention pourquoi ils rejettent une méthode qui a fait ses preuves en sciences de la santé? Un traitement thérapeutique qui se base sur l'intuition plutôt que sur les connaissances actuelles et dont l'efficacité n'a jamais été évaluée ne devrait-il pas être questionné au plan de l'éthique? La recherche n'est pas un luxe, elle est une nécessité. Elle est, avec le diagnostic et le traitement, une des trois fonctions de l'intervenant (Peterson, 2000); négliger un de ces aspects c'est compromettre la valeur et la portée des deux autres.

Les intervenants et les gestionnaires sont en général assez peu ouverts à l'idée d'intégrer l'approche scientifique à leur démarche clinique et/ou politique. L'approche scientifique fait peur ou du moins dérange. Elle fait peur parce que peu connue ou mal apprise; elle dérange parce qu'elle implique un changement majeur des infrastructures et habitudes déjà en place. De plus, quand le gouvernement a des sous à distribuer, il doit le faire rapidement. Pourquoi perdre du temps à établir un protocole de recherche? Une intervention ou des services seront proposés et organisés sans se préoccuper de les évaluer de manière adéquate ou de récolter des données qui pourront accroître les connaissances générales. Bien sûr, les cliniciens et les gestionnaires sont débordés ; toutefois cela ne devrait pas être une excuse mais plutôt

un signal d'alarme. Une décision clinique prise sur la base d'avantages politiques ou pratiques et qui ne tient pas compte de l'impact sur la clientèle reflète un manque de responsabilité sociale. Prenez par exemple un hôpital psychiatrique qui offre depuis 25 ans le même service de jour à une clientèle en besoin. Le gouvernement contribue financièrement à ce service depuis le tout début. L'argent est acquis, c'est bien mieux que de ne rien offrir, et les patients semblent satisfaits de leur expérience. Alors pourquoi examiner la qualité et surtout l'impact du travail clinique? À quoi bon savoir ce que les participants au programme deviennent? Sont-ils plus heureux? Retournent-ils sur le marché du travail? Leurs symptômes diminuent-ils? Et si oui, est-ce que c'est un effet à long terme ou s'inscrivent-ils de nouveau au même programme quelques années plus tard? Quels sont les services ou activités du programme qui sont les plus efficaces? Quels sont les éléments de l'intervention qui sont responsables des changements observés? Et quels sont les patients qui ont davantage bénéficié du programme? On ne peut répondre à ces questions si aucune évaluation systématique n'a été orchestrée. Et qui dit évaluation dit collecte des données.

Maintenant que le gouvernement se rend compte de l'efficacité douteuse de certains services de santé et d'éducation, il commence à exiger un meilleur rendement sinon les subventions seront retirées. Essayer d'améliorer l'efficacité des services offerts au public, cela n'est-il pas une attitude saine? Pourquoi dépenser des millions pour des services non performants? Ne faut-il pas faire progresser la société? Les services de santé québécois ont amorcé le virage, les services sociaux semblent un peu plus résistants à le faire.

STRATÉGIE 6 : DÉMYSTIFIER LA MÉTHODE SCIENTIFIQUE

*Avoir ou ne pas avoir de groupe
« contrôle », quelle est la pratique la plus
discutable au plan de l'éthique?*

Il existe de profondes différences idéologiques entre d'une part les chercheurs et d'autre part les intervenants et les gestionnaires. Les chercheurs affirment qu'il vaut mieux comprendre la problématique avant d'intervenir, les intervenants disent qu'il faut agir avant qu'il ne soit trop tard et les gestionnaires doivent faire en sorte de plaire à l'électorat. Bien sûr, des services et des traitements doivent être offerts même si notre connaissance de la problématique et des modèles d'intervention ou de prévention est limitée et imparfaite. Bien sûr, il est important de répondre aux besoins immédiats de la clientèle. Mais il est aussi important de mieux comprendre la problématique sur laquelle on intervient. Les intervenants et les gestionnaires ne questionnent pas cette affirmation. Toutefois, ils accueillent plutôt mal la recherche, même si celle-ci vise justement à accroître les connaissances de la problématique. Étant donné que les chercheurs doivent sortir du laboratoire, que les intervenants peuvent bénéficier de la méthode scientifique pour perfectionner leurs interventions et que les gestionnaires ont tout avantage à subventionner des interventions efficaces, comment se fait-il qu'il soit si difficile de collaborer?

Pour les chercheurs, seule une recherche scientifique avec un devis expérimental décent permettra de répondre

aux hypothèses de recherche et de comprendre les phénomènes qui les intéressent. Pour les intervenants et les gestionnaires des services de santé publique, une telle exigence est souvent inacceptable car elle est mal adaptée à la réalité. L'un et l'autre des clans ne pourraient-ils pas s'accommoder? Faire de la recherche en milieu clinique ne serait pas un fardeau additionnel si gestionnaires, intervenants et chercheurs arrivaient à travailler ensemble (et avec le consentement du public bien entendu). Il suffit d'adopter et d'implanter un protocole de recherche clinique suffisamment rigoureux pour pouvoir tirer des conclusions. Pour cela, il faut pouvoir établir des comparaisons : par exemple, comparer un groupe d'individus recevant une intervention donnée (groupe expérimental) avec un autre groupe ne recevant pas la dite intervention (groupe contrôle).

Expérimentation et groupe contrôle... Voilà des termes qui font sursauter bien des intervenants. Pour certains, une expérimentation doit se limiter aux animaux de laboratoire ou aux plantes. D'autres s'insurgent de la présence d'un groupe contrôle ne recevant pas l'intervention proposée et questionnent l'éthique d'une telle pratique; ils prétendent qu'il est tout à fait inacceptable de ne pas offrir de service à un sous-groupe de la population. Ce qui est important de souligner ici, c'est que le groupe contrôle n'est pas un groupe placebo : il reçoit probablement des services déjà en place. Il n'a tout simplement pas le privilège ou la malchance (!) de participer au nouveau programme expérimental.

Donc qui dit recherche dit expérimentation. Et en recherche avoir un groupe contrôle ou de comparaison est une condition essentielle. En effet, sans ce groupe, comment peut-on vérifier l'impact de l'intervention? Comment savoir si l'intervention est efficace, c'est-à-dire a des effets positifs? Qu'est-ce qui nous dit que l'intervention n'a pas plutôt produit des effets négatifs (ou iatrogènes)? Pourquoi prendre le risque de dépenser des millions de dollars dans un programme qui n'améliore pas la qualité de vie de ceux qui en ont besoin? En fin de compte, quelle est la pratique la plus discutable au plan de l'éthique : avoir ou ne pas avoir de groupe contrôle? Si la recherche démontre que l'intervention a effectivement des effets positifs, alors il suffit de l'étendre à la population en général. S'il n'y a pas d'effets, alors il faut la modifier ou la remplacer. Et si l'intervention produit des effets négatifs, alors il faut la retirer au plus vite; dans ce cas on aura au moins le mérite de ne pas avoir exposé la population entière à un mauvais traitement ! En somme, mieux vaut donc avoir un petit groupe contrôle qui n'a pas les bénéfices d'un traitement efficace que de prendre le risque de soumettre la population entière à un traitement dommageable ou inefficace. Cela serait non seulement une entrave à l'éthique mais aussi un gaspillage des fonds publics.

Le projet DARE (Drug Abuse Resistance Education), un programme de prévention de la toxicomanie qui a vu le jour vers la fin des années 80 aux États-Unis, est un bon exemple de ressources mal utilisées. En effet, malgré plusieurs études évaluatives démontrant que DARE n'est pas plus efficace que ce qui était déjà offert à moindre coût (Clayton et al., 1996; Lynam et al., 1999), le programme est toujours en vigueur. Pourquoi donc? Deux réponses ou raisons ont été avancées : la première c'est

que les gestionnaires et les intervenants ont la conscience tranquille à subventionner et à offrir un programme ciblant un problème important ; une deuxième raison suggérée est que le programme semble marcher aux yeux du public, des gestionnaires et des intervenants, et ce malgré les nombreuses évaluations objectives et impartiales démontrant son inefficacité (Lynam et al., 1999).

De telles attitudes ne sont-elles pas monnaie courante dans le monde de l'intervention? Il est évident qu'il n'est pas nécessairement plaisant de se faire évaluer par une équipe de scientifiques et d'évaluateurs qui ne sont peut-être pas impliqués directement dans l'implantation du programme. Mais pour le bien de la clientèle, cette peur d'être évalué doit disparaître. L'évaluation par la méthode scientifique se veut une procédure constructive et non une attaque personnelle. De toute façon, il ne faut pas être utopique, la plupart des interventions ont des effets moins importants que ce qu'on aurait espéré.

Intervenir, aider les plus démunis exige du courage et de la ténacité. Faire une intervention efficace en demande encore plus. Si les outils d'évaluation proposés par les chercheurs ne conviennent pas exactement à la réalité du milieu, il faut arriver à les adapter. Les chercheurs doivent accepter que les conditions expérimentales en milieu clinique ne soient pas aussi bonnes que celles en laboratoire. Par ailleurs, les cliniciens doivent accepter qu'il faille instaurer une rigueur scientifique dans leur démarche. Il existe donc des devis expérimentaux plus que satisfaisants pour les chercheurs et plus qu'acceptables pour les cliniciens (voir Vitaro (2000) ou encore Rossi et al. (1999) pour plus de détails sur l'évaluation des programmes sociaux). Ces devis expérimentaux sont donc nécessaires pour comprendre le phénomène, utiles pour guider nos interventions et essentiels pour évaluer l'efficacité de nos interventions.

STRATÉGIE 7 : AMÉLIORER LA COMMUNICATION ENTRE CHERCHEURS ET INTERVENANTS

La diplomatie ne constitue pas toujours la force des chercheurs.

Pour que les chercheurs s'adaptent aux milieux cliniques et que les intervenants adoptent la méthode scientifique, la communication doit s'améliorer. Présentement, le dialogue est plutôt difficile. Améliorer la communication entre chercheurs et intervenants nécessite d'abord un changement d'attitude. La diplomatie ne constitue pas la force des chercheurs. Ils sont en général peu à l'écoute des cliniciens et négligent à tort l'importance de leur expérience clinique ; ils arrivent avec leurs plans et leurs bulldozers scientifiques, prêts à démanteler ce que les cliniciens ont mis des années à construire. Ils ont souvent cette attitude arrogante que seule la science permettra de régler le sort de l'humanité. « La grande œuvre s'accomplira par la science, non par la démocratie » disait Ernest Renan. Voilà un aphorisme qui se voudrait bien populaire parmi les chercheurs !

Le langage pointu de la science n'aide en rien la communication. Les articles scientifiques sont pour la plupart en anglais et le jargon scientifique est de plus en plus difficile à comprendre. Ce qui est évident pour les scientifiques ne l'est pas nécessairement pour les intervenants qui ont depuis longtemps quittés le monde

académique. De plus, ne pas comprendre suffisamment les méthodes statistiques rend difficile la critique des résultats présentés. Cela pourrait être comblé d'une part en améliorant la formation de base en statistiques chez les cliniciens et d'autre part en augmentant les habiletés de communication et de vulgarisation des chercheurs. En effet, s'ils veulent créer des liens plus solides avec le monde extérieur, s'ils veulent être compris et mieux accueillis par les intervenants, les gestionnaires, de même que par le public, les chercheurs doivent être plus accessibles (et peut-être aussi moins ennuyeux !). Ils doivent produire des documents et donner des présentations orales qui ne sont pas des suites interminables de tableaux et de chiffres. La vulgarisation scientifique est une démarche essentielle non seulement pour l'établissement d'un partenariat recherche-intervention mais aussi pour l'évolution de la science.

STRATÉGIE 8 : ALLER AU-DELÀ DES STATISTIQUES

« Une accumulation de faits n'est pas plus une science qu'un tas de pierres n'est une maison. »

Henri Poincaré

Les statistiques se sont accaparé une place de plus en plus importante en sciences psychosociales. Par conséquent, les intervenants ont tout simplement perdu le désir d'écouter les chercheurs parler de leurs résultats de recherche ou de lire les articles scientifiques. Qui plus est, ces recherches confirment souvent ce que les cliniciens par leur expérience et intuition « savaient » déjà. Faut-il dix ans de recherche expérimentale pour démontrer que la pauvreté est associée à des problèmes sociaux? La recherche doit être non seulement rigoureuse mais aussi originale; et c'est par l'originalité, la simplicité et l'applicabilité que la recherche et la science plairont aux intervenants.

Se cacher derrière des équations et des algorithmes complexes n'aide en rien le rapprochement entre chercheurs et intervenants. Comme le mentionne Edgar Morin (2000), « il faut situer informations et données dans leur contexte pour qu'elles prennent sens ». En effet, bien des rapports « scientifiques » ne sont que de longues et laborieuses descriptions de données ne comportant pas de synthèses vraiment originales. Mais la science est bien plus qu'un simple ramassis d'observations et de statistiques plus ou moins compréhensibles et plus ou moins significatives ou comme le disait plus adroitement Henri Poincaré : « Une accumulation de faits n'est pas plus une science qu'un tas de pierres n'est une maison. »

Malheureusement, rigueur scientifique rime et semble être synonyme de statistiques. Et les articles scientifiques, plus spécialement ceux en psychologie, accordent une place prépondérante aux statistiques. On dirait que plus la science est inexacte au niveau des mesures, plus les chercheurs s'appuient sur des statistiques complexes, comme si les chiffres palliaient les faiblesses conceptuelles. Mais « la statistique est la première des sciences inexactes » comme le soulignaient Edmond et Jules de Goncourt. En sciences humaines, les chercheurs se pâment devant de modestes corrélations (association entre deux variables). Il n'est pourtant pas difficile d'obtenir des corrélations statistiquement significatives lorsque

notre recherche quantitative s'est effectuée auprès de 10,000 personnes. En effet, plus le nombre de sujets est imposant, plus il est facile d'obtenir des corrélations qui se révèlent à la fois statistiquement significatives ($p < .05$) et à la fois réellement insignifiantes ! Les statistiques sont le sang de la science, elles ne doivent pas devenir son cancer.

STRATÉGIE 9 : TROUVER L'ÉQUILIBRE ENTRE RÉDUCTIONNISME ET HOLISME ET ENTRE SPÉCIALISTE ET GÉNÉRALISTE

« Certes la connaissance ne progresserait pas sans spécialistes, et dans tous les domaines. Mais il faut des généralistes pour relier leurs acquis, les insérer dans des ensembles et réfléchir sur ces ensembles. »

Edgar Morin

La science est foncièrement réductionniste. Les scientifiques ont d'abord étudié l'homme dans son ensemble puis son cerveau. Ils ont ensuite examiné la fonction de certaines molécules cérébrales puis le rôle de certaines protéines spécifiques qui interagissent avec ces mêmes molécules. Aujourd'hui, ils s'efforcent de comprendre comment les différents constituants de ces protéines modulent les mécanismes de transmission de l'influx nerveux de certaines cellules du cerveau, cellules qui sont associées à un comportement spécifique chez une certaine lignée de souris transgéniques (dont certains gènes ont été modifiés). En somme, l'infiniment détaillé a remplacé la gestalt. L'avènement du microscope et des nouvelles techniques moléculaires a fait disparaître la vision d'ensemble. Les scientifiques sont devenus des experts de plus en plus pointus, des spécialistes ultraspécialisés isolés dans des laboratoires de plus en plus restreints. Rares sont les scientifiques qui préfèrent l'holisme (voir le phénomène dans son entier) au réductionnisme.

Comme le mentionne Edgar Morin (2000), la science a besoin de généralistes, de scientifiques capables de faire les liens entre les différentes disciplines. De la même manière, les sciences humaines ont besoin d'individus capables et motivés à faire le lien entre le monde de la recherche et le monde clinique, et entre la théorie et la pratique. Mais il faut plus que des ponts, il faut un rapprochement. Les ponts augmentent l'accessibilité mais la distance reste la même. L'interdisciplinarité, c'est-à-dire la capacité à jumeler différents champs d'expertise exige beaucoup de temps et d'effort. De la même manière, devenir chercheur-clinicien signifie un dédoublement de la tâche d'apprentissage et beaucoup de patience. Ce sont les experts pointus qui obtiennent les postes universitaires, pas les généralistes. Évidemment, on ne peut devenir expert de toutes disciplines. Ce qui importe, c'est de ne pas s'enfermer dans une vision limitée du problème mais d'être ouvert à des perspectives et disciplines diverses. En clinique, les cas purs n'existent pas ; un enfant qui est agressif n'est pas seulement agressif et un enfant anxieux n'est pas seulement anxieux. Les symptômes sont multiples et la problématique fait référence à divers facteurs sociaux, biologiques et psychologiques. Dans le domaine des sciences humaines, toute approche clinique et scientifique qui néglige un de

ces aspects est incomplète. Le réductionnisme ne fait tout simplement pas le poids devant la complexité de la nature humaine.

Même si des connaissances variées sont nécessaires pour comprendre le comportement humain, bien peu de chercheurs ou de cliniciens adoptent une perspective interdisciplinaire ou holistique. L'absence de savoir pertinent peut devenir très gênante pour une profession. Par exemple, n'est-il pas étonnant que la plupart des psychologues et psychoéducateurs soient si peu au courant des notions de pharmacologie alors qu'une très forte proportion de leur clientèle est sur une médication quelconque ou encore utilise des agents psychotropes? Et comment expliquer qu'une grande proportion des diplômés universitaires dans le domaine de l'intervention psychosociale n'ait jamais été instruite des catégories diagnostiques du DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994)? Nul besoin de comprendre avec perfection tous les mécanismes neuropharmacologiques ou de mémoriser les différents symptômes et catégories du DSM-IV dans les moindres détails. Toutefois, une certaine connaissance de ces aspects permettrait d'avoir une vision plus complète de la problématique et améliorerait la communication entre professionnels de la santé.

STRATÉGIE 10 : METTRE UN BÉMOL À LA NOTION DE DÉTERMINISME

« Si la science un jour règne seule, les hommes crédules n'auront plus que des crédulités scientifiques. »

Anatole France

En plus du réductionnisme, on peut facilement reprocher à la science d'être empreinte d'un peu trop de déterminisme. Dans le domaine des sciences humaines et sociales, la tendance au déterminisme s'est particulièrement accentuée au cours des dernières années. Par exemple, une notion fort populaire est l'importance apparemment critique des deux ou trois premières années de vie sur le développement de l'enfant. Faites écouter du Mozart à votre enfant durant la grossesse et il deviendra musicien ; cajoler le régulièrement durant les six premiers mois et il deviendra un adulte épanoui...

Bien sûr il est important de stimuler adéquatement un enfant durant les premières années de vie mais comme le souligne Jerome Kagan (2000), un chercheur de renommée internationale dans le domaine du développement de l'enfant, c'est l'environnement social tout au long de l'enfance et de l'adolescence qui influencera son développement, pas seulement les deux ou trois premières années de vie. En fait, on n'a pas besoin d'être un clinicien avec 25 ans d'expérience pour reconnaître que les jeunes et même les adultes qui ont été exposés à des conditions environnementales défavorables ont une grande capacité de récupération ou de résilience lorsque ces conditions s'améliorent. Alors pourquoi tant d'effort de la part de certains chercheurs pour suggérer l'irréversibilité des premières expériences plutôt que la très grande capacité de récupération des enfants? Cette attitude est loin de valoriser l'effort des intervenants œuvrant auprès d'adolescents et d'adultes et il faudrait y mettre un bémol, c'est-à-dire expliquer les limites d'une

telle affirmation. Elle a toutefois le mérite d'avoir initié un mouvement constructif et peut-être bien nécessaire concernant la petite enfance. Tant que la science provoque des remous positifs, on serait bien fou de l'en empêcher. Il faut toutefois s'opposer au totalitarisme scientifique où les notions et concepts sont acceptés et promulgués de manière dogmatique.

CONCLUSION

Concilier les intérêts divergents de la recherche (i.e., collecte de données, rigueur scientifique, avancement des connaissances, efficacité accrue de l'intervention) et de l'intervention (i.e., programmes d'intervention ou de prévention plus efficaces, réduction du fardeau clinique) est un défi considérable. La situation est plutôt précaire à l'heure actuelle car il existe de fortes tensions entre chercheurs et intervenants. Tout cela se complique davantage lorsque les exigences des gestionnaires (i.e., augmentation du rendement des programmes en terme de coûts et de bénéfices) sont également considérées.

La dichotomie recherche et intervention n'est plus une situation viable et un rapprochement entre ces deux activités est non seulement souhaitable (Le Blanc, 1998), il est inévitable. Car non seulement la recherche psychosociale ne pourra plus exister sans mettre en pratique ce qu'elle pense connaître mais l'intervention ne pourra plus se permettre de laisser de côté des moyens et des connaissances qui amélioreront l'efficacité de ses actions. Et ce n'est pas seulement une question de financement et de meilleure utilisation des fonds publics, c'est aussi une question de morale et d'éthique. Bien entendu, ce n'est pas une mince tâche que de concilier recherche et intervention et de réconcilier chercheurs et intervenants. De louables efforts ont été déployés dans ce sens, entre autres par les Centres Jeunesse de la région de Montréal et le Centre Jeunesse de Québec qui ont formé l'Institut de recherche pour le développement social des jeunes et l'Institut universitaire sur les jeunes en difficulté. Plusieurs autres organismes de recherche avec des noms aussi poétiques que le GRIS (groupe de recherche interdisciplinaire en santé), le GRAVE (groupe de recherche et d'action sur la victimisation des enfants), le GRASP (groupe de recherche sur les aspects sociaux de la santé et de la prévention) ou encore le GRIP (groupe de recherche sur l'inadaptation psychosociale chez l'enfant) sont aussi associés (de près ou de moins près) avec les milieux cliniques. La liste des groupes de recherche qui s'impliquent ne s'arrête pas là et les efforts de collaboration avec les milieux cliniques semblent progresser avec les années. Malgré tout, l'écart entre la recherche et l'intervention demeure considérable et il faut poursuivre le travail déjà amorcé.

Un changement d'attitude est la première chose à espérer. Les chercheurs doivent être conscients que l'intégration de la recherche en milieu clinique doit d'abord être rentable, et ce tant au niveau financier qu'au niveau de la tâche de travail, et tant pour les clients que pour les intervenants. On ne peut imposer aux intervenants de faire telle ou telle intervention sans leur consentement et appui ! Les intervenants représentent le maillon clé de la recherche-action. Ce sont eux qui mettent le cœur à l'ouvrage et c'est leur motivation et leurs actions qui détermineront en

grande partie le succès et l'efficacité des programmes de prévention ou d'intervention. Plutôt que de développer des méthodes d'analyse statistiques de plus en plus sophistiquées et des modèles théoriques de plus en plus incompréhensibles, les chercheurs devraient peut-être tenter d'améliorer les contacts avec les intervenants. Quant aux intervenants, il faudrait qu'ils réagissent peut-être un peu plus positivement vis-à-vis la recherche et les chercheurs et qu'ils voient les avantages à s'associer aux chercheurs. Participer à un programme de recherche et profiter de l'expertise théorique des chercheurs peut se révéler une expérience grandement enrichissante et stimulante pour les intervenants. En effet, ceux-ci pourront accroître leurs connaissances et perfectionner ou élargir leurs compétences cliniques; ce qui résulterait en des services sans doute plus efficaces pour le public. Finalement, il est clair qu'un changement d'attitude est également nécessaire dans les milieux de formation. Effectivement, des modifications importantes doivent s'y produire pour que les futurs professionnels acquièrent les outils et la philosophie nécessaires à la recherche-intervention de demain.

Les dix stratégies proposées ici ne constituent qu'une tentative bien modeste pour faciliter le rapprochement entre la recherche et l'intervention. Il est évident que la majorité du travail reste à faire. Ce qu'il faut c'est travailler de front, être patients, partager l'effort dans les différentes sphères d'activités et impliquer à la fois chercheurs, intervenants et gestionnaires, et à la fois milieux universitaires, milieux cliniques et gouvernements. L'objectif immédiat n'est pas de convertir les intervenants en chercheurs et les chercheurs en intervenants mais de rapprocher les mondes suffisamment pour que les disputes actuelles laissent place à une collaboration fructueuse. La recherche et l'intervention ne sont-elles pas des activités dont le but ultime est d'améliorer la condition humaine? Quand les différends idéologiques et pratiques se seront estompés, alors les intervenants et les chercheurs pourront ensemble rechercher l'intervention. Mais bien plus que chercher ou rechercher, ce qui importe c'est de trouver ensemble des solutions pour faire de l'intervention et de la prévention des activités dynamiques et efficaces.

RÉFÉRENCES

- American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. (DSM-IV). Washington DC : American Psychiatric Press.
- Benjamin, L.T. & Baker, D.B. (2000). Boulder at 50 : Introduction to the section. *American Psychologist*, 55, 233-236.
- Clayton, R.R., Cattarello, A.M., & Johnstone, B.M. (1996). The effectiveness of Drug Abuse Resistance Education (project DARE) : 5-year follow-up results. *Preventive Medicine*, 25, 307-318.
- Kagan, J. (2000). *Des idées reçues en psychologie*. Paris : Éditions Odile Jacob.
- LeBlanc, M. (1998). L'intervention de réadaptation en 2010, le prévisible ou le souhaitable. *Revue Canadienne de Psycho-Éducation*, 27, 307-343.

- Lynam, D.R., Milich, R., Zimmerman, R., Novak, S.P., Logan, T.K., Martin, C., Leukefeld, C., & Clayton, R. (1999). Project DARE: no effects at 10-year follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 590-593.
- Morin, E. (2000). *Itinérance*. Paris: Arléa.
- Nathan, P.E. (2000). The Boulder model : A dream deferred—or lost. *American Psychologist*, 55, 250-252.
- Peterson, D.R. (2000). Scientist-practitioner or scientific practitioner? *American Psychologist*, 55, 252-253.
- Renou, M. (1998). Une analyse de l'évolution de la pratique et de la formation en psychoéducation. *Revue Canadienne de Psycho-Éducation*, 27, 169-190.
- Rossi, P.H., Freeman, H.E., & Lipsey, M.W. (1999). *Evaluation : a systemic approach*. Thousand Oaks : Sage Publications.
- Vitaro, F. (2000). Évaluation des programmes de prévention, principes et procédures. In F. Vitaro & C. Gagnon (Eds.), *Prévention des problèmes d'adaptation, Tome I : Les problèmes internalisés*. (pp. 67-99). Sainte-Foy, QC : Presses de l'Université du Québec.