

Une approche intégrée du travail social valorisant les ressources pour répondre aux besoins psychosociaux des personnes concernées par le cancer

Cet article présente divers résultats d'une recherche menée sur mandat d'une Ligue contre le cancer¹. Inscrite dans un processus de développement organisationnel, l'étude de besoins contribue à mieux comprendre les réalités des personnes concernées de manière à ajuster les prestations, les logiques d'intervention, voire à reconfigurer les structures associatives-mêmes. Elle comporte trois spécificités.

- Pour comprendre les besoins psychosociaux, elle adopte une perspective sociologique peu habituelle dans le domaine de la santé. Elle renonce délibérément à une approche classique du besoin en raison des limites connues : souvent exprimé en termes de prestations attendues plutôt qu'en lien avec des situations qui limitent la capacité d'agir, le besoin est socialisé en fonction de la connaissance, de la disponibilité des services offerts, de ce qui est perçu comme légitime à couvrir (occultant les besoins que la collectivité n'est pas en mesure/d'accord de satisfaire); le besoin, même exprimé, ne met pas nécessairement en lumière ce qui l'a provoqué (difficulté d'élaborer les prestations sensées y répondre avec pertinence) ; les besoins sont infinis et dépendent notamment des variables sociodémographiques, des types et des phases de la maladie, du statut de la personne.

La **perspective sociologique** choisie, **compréhensive**² et **actionniste**, considère que tout acteur est doté d'une capacité d'action orientée en fonction de sa lecture des contextes d'action et de ses objectifs. Il va mobiliser les ressources connues, disponibles, pour faire face aux changements à gérer en tentant de réaliser ses intentions ou de les modifier en conséquence³ ; il développe des stratégies d'action qui sont liées aux atouts qu'il pense avoir à sa disposition, aux relations dans lesquelles il s'insère, à la façon dont il envisage les enjeux⁴ (identitaire, financier, relationnel, matériel, etc.) de la situation, c'est-à-dire ce qu'il y engage, « ce pour quoi il est capable de mobiliser des ressources (...) pour atteindre ses objectifs⁵».

Dans cette perspective, la recherche considère les personnes concernées comme actrices face à la maladie (la maladie est dès lors une situation de vulnérabilité qu'il s'agit d'affronter) ; avec elles, elle cherche à comprendre les situations qui les défient, les stratégies, les ressources mobilisées, les limites rencontrées, les lacunes constatées et les demandes d'intervention souhaitées.

- Cette étude privilégie une **approche interactive, croisée**, des personnes concernées, (malades, proches, parents, endeuillé-e-s), des intervenant-e-s (professionnel-le-s, bénévoles) qui les accompagnent, au travers de 11 focus groups et 3 entretiens auprès d'expert-e-s (médecin, juriste, psycho-oncologue). Ce large éventail permet de tenir compte de la complexité et de la diversité des

¹ La ligue vaudoise contre le cancer en Suisse (www.lvc.ch).

² vise à saisir le sens que les individus donnent à leurs actions ; l'objectif du travail sociologique est de rendre les comportements intelligibles, de faire émerger la «rationalité» de l'acteur/trice, c'est-à-dire de donner accès à la signification qu'il/elle attribue à ses actes, signification qui fait également sens pour les autres et facilite leur ajustement.

³ Dès lors, les appuis et ressources professionnelles et institutionnelles sont placés en subsidiarité des siennes propres.

⁴ « Ce qui fait courir les gens, ce qui les fait se concurrencer, concourir, lutter (...) ». BOURDIEU, P., 1984, p. 123.

⁵ GIRAUD, C., 1993, p. 18.

situations de maladie qui renvoient aux multiples dimensions concernées des personnes et de leurs systèmes de vie (psychologique, physique, identitaire, professionnelle, relationnelle, sociale, etc.).

L'étude met en évidence les **effets de la maladie pour les types d'acteurs, leurs ajustements** pour y faire face qui relèvent de **six « domaines »**, expérience de la maladie, réseau social, travail, système de soins, système familial, situation financière. Elle identifie dans ces domaines, les défis qu'ils/elles disent rencontrer, les ressources mobilisées ainsi que les soutiens perçus comme inadaptés ou manquants dans les divers dispositifs d'aide et d'intervention.

- La recherche « traduit » les demandes et les lacunes mentionnées en des attentes d'intervention catégorielles en choisissant une perspective de référence, **l'approche intégrée⁶ du travail social**, comprise comme une **combinatoire⁷ d'interventions⁸**.

Les différents acteurs interrogés ont fait part de leurs attentes envers les dispositifs existants ainsi que des accompagnements professionnels et institutionnels qui sont sensés soutenir les personnes concernées tout au long des étapes de la maladie. Ces attentes sont traduites en termes de prestations permettant d'agir à différents niveaux (micro, méso et macro), dans une perspective intégrée de travail social.

« Approche globale des problèmes sociaux qui prend en considération les différents niveaux de facteurs qui contribuent à leur existence de même que la dynamique de leurs interrelations.(...), au plan de l'intervention, cette perspective multidimensionnelle requiert l'accomplissement à plusieurs niveaux (...) d'activités ou de tâches coordonnées auprès des personnes, des groupes, des organisations et des structures sociales.»⁹. Cette approche¹⁰, prenant sens dans une **logique de médiation**, permet le décloisonnement des interventions, par sa vision holistique, globale des différentes responsabilités qu'assument les professionnel-le-s au travers d'interventions tant cliniques, organisationnelles que structurelles.

⁶ Cf. Revue *Service social*, vol 36, no. 2-3, 1987 : AUCLAIR R., « Synthèse et commentaire des écrits sur l'approche intégrée », p. 287-314 ; AUCLAIR R. et LAMPRON C., « Approche intégrée : une innovation dans la dispensation des services sociaux », p. 315-341.

⁷ KNUSEL, R., REY-BAERISWYL, M.-C. et al., 2003, p. 21-22.

⁸ CHAUVIERE, M., considère que le travail social est une combinaison complexe de trois moments interdépendants, le travail matériel, discursif de premier type (et discursif de second type. In : BAILLEAU, F., LEFAUCHEUR, N., et PEYRE, V., (dir.) *Lectures sociologiques du travail social*, Les Editions Ouvrières, Paris, 1985.

⁹ *Op. cit.* p. 293.

¹⁰ Il existe plusieurs orientations théoriques de l'approche intégrée : centrée sur la tâche, systémique et psycho-sociale. Les approches intégrées ont élaboré un cadre théorique d'intervention « qui expriment de façon satisfaisante la complexité des rapports sociaux qui constituent le champ d'analyse et d'intervention du service social(...) Elles requièrent l'accomplissement de rôles moins autoritaires et plus flexibles que ceux qui caractérisent les approches individualisées (...). Cette orientation communautaire remplace le modèle médical par un modèle de développement qui s'appuie davantage sur les ressources et les dynamiques des personnes et des communautés ». *Op. cit.* p. 294-295.

Une catégorisation des attentes est ainsi élaborée.



1. Interventions souhaitées agissant sur les ressources et la capacité d'agir : priorités aux situations de vulnérabilité

Les interventions concrètes¹¹ visent l'accompagnement « sur mesure » de multiples situations particulières de vulnérabilité, le développement et la gestion d'une aide sociale adaptée, au travers de projets individualisés ajustant ressources pertinentes et prestations efficaces. Elles permettent d'agir autant sur les individus que sur les contextes : dans ce sens, ce type d'intervention peut ainsi regrouper les situations similaires, dans des collectifs, qui renforcent le pouvoir d'agir des acteurs/trices concerné-e-s par une mutualisation des ressources et une proximité de situation. Ces interventions se placent en subsidiarité des compétences propres des individus qu'elles viennent compléter et renforcer ; elles peuvent également pallier à des incapacités ou à des déficits définitifs.

¹¹ CHAUVIERE, M. parle de travail matériel, pratique, concret, créateur de valeurs d'usage « l'argent qui circule, les droits défendus, les règlements imposés, la prise en charge réalisée, le service ou l'institution ouverts, l'information diffusée, le conseil donné », in BAILLEAU, p. 164.

4^{ème} Congrès AIFRIS, 2011

« Une approche intégrée du travail social valorisant les ressources pour répondre aux besoins psychosociaux des personnes concernées par le cancer »

M-Claire Rey-Baeriswyl, professeure HES-SO, en collaboration avec J-Claude Simonet, conseiller scientifique à la Direction de la santé publique et des affaires sociales FR, René Knüsel, professeur à l'Université de Lausanne.

- Accompagner de façon continue systématique et généralisée, notamment par une médiation envers le milieu médical et soutenir les adaptations nécessaires de chaque personne et des milieux significatifs pour elle :

Lors du diagnostic, intégrer proches - enfants ; assurer une médiation entre médecin et personnes concernées ; accompagner les familles sur la façon d'interagir avec le-a malade (aide à la communication, à la redistribution évolutive des rôles) ; accompagner la négociation de l'adaptation de sa place de travail¹² ;

- Soutenir le maintien des liens avec les milieux de vie et d'activités significatifs (lieux de travail, liens sociaux), avec des pairs, et renforcer leurs compétences d'adaptation et d'appui :

Soutenir divers milieux significatifs pour qu'ils puissent s'adapter à la maladie (communication - changement de statut - redistribution des rôles et des tâches) sous forme d'information ou de formation sur la manière d'(inter)agir ; favoriser la réciprocité des flux d'échanges matériels et relationnels (intervention permettant aussi de déployer l'identité totale de la personne concernée et pas seulement sa dimension « malade ») ;

- Mieux informer et favoriser un accès facilité aux ressources matérielles ou autres, aux droits (d'abord pour les patient-e-s, disposant de faibles ressources) :

Anticiper sur les besoins de connaissance, maximiser la qualité - la pertinence de l'information ; rendre accessibles, compréhensibles diverses thématiques, surtout pour les personnes les plus vulnérables (info médicale, médecines alternatives, chirurgie reconstructive, moyens auxiliaires, systèmes assurantiels suisse et cantonaux...);

- Faire de la médiation, intercéder pour concevoir des prestations en réponse aux besoins de chaque personne ou pour ajuster services existants, aux besoins :

Améliorer la coordination organisationnelle, interprofessionnelle, extra hospitalière entre prestataires et réseau naturel ; favoriser le passage du réseau naturel au réseau secondaire/professionnel ; encourager et contribuer à rendre possible le double diagnostic, une meilleure disponibilité des médecins dans des moments cruciaux (créer une fonction d'intermédiaire) ;

- Pallier, compenser par la conception de ressources pertinentes :

Rendre possible l'accompagnement psychologique d'office, systématique et spécifique (notamment pour le frères-sœurs d'enfants malades, enfant endeuillé-e) ; proposer des liens avec des personnes expérimentant une situation proche (marraines, mentors) ; compenser la prise en charge incomplète des frais médicaux par l'assurance maladie ; financer des projets d'avenir motivant la personne, etc.

2. Interventions souhaitées régulant l'adaptation et la production de services : participation - intégration sociale

Ces activités sont un travail d'interface entre les individus et la société (réalisé par des collectifs et des organisations), des interventions portant sur les espaces de négociations qui permettent la mise en place de dispositifs de régulation, d'échanges et de production de services. Interventions organisationnelles¹³, partenariales, elles agissent sur les contextes institutionnels, sur les milieux de vie significatifs, les acteurs administratifs, les cadres organisationnels, les collectifs et les associations, les infrastructures, etc. et entendent ainsi contribuer à diminuer, ce qui génère les situations de handicap ou de discrimination.

¹² Les textes en italique sont quelques exemples de demandes récoltées (ils figurent en entier dans le rapport complet).

¹³ Dans cette perspective, les auteur-e-s préconisent la mise sur pied de structures permettant aux clientèles d'exercer un contrôle réel sur l'organisme qui dispense les services, In *Service social*, p. 308.

4^{ème} Congrès AIFRIS, 2011

« Une approche intégrée du travail social valorisant les ressources pour répondre aux besoins psychosociaux des personnes concernées par le cancer »

M-Claire Rey-Baeriswyl, professeure HES-SO, en collaboration avec J-Claude Simonet, conseiller scientifique à la Direction de la santé publique et des affaires sociales FR, René Knüsel, professeur à l'Université de Lausanne.

Le-s périmètre-s que les interventions institutionnelles et interorganisationnelles prennent en compte sont multiples et à géométrie variable : ils peuvent inclure tant des clientèles catégorielles ou génériques¹⁴, des partenaires ou des acteurs organisationnels que des territoires ou des régulations interorganisationnelles.

Ces interventions se constituent à partir de lectures transversales des épreuves particulières et une collectivisation¹⁵ des situations individuelles par une argumentation scientifique ou/et politique. Elles visent la participation et l'intégration sociale.

Dans le cadre du cancer, elles peuvent notamment contribuer à :

- ➔ renforcer la capacité d'adaptation des contextes (aux besoins engendrés par la maladie) ;
- ➔ sensibiliser et former les acteurs organisationnels à être adéquats, comprendre et s'ajuster aux situations de maladie (prestations, logique d'accès, aménagements, etc.), fournir les ressources les plus adaptées ;
- ➔ maintenir le lien avec ces contextes en offrant des modèles d'accompagnement « sur mesure » (travail de projet : conceptualisation de modèles d'intervention notamment).

- Inciter et aider les milieux significatifs à **s'adapter aux situations de maladie** :

Développer avec les associations patronales-syndicales des formations – du coaching d'entreprises pour favoriser ré/adaptation, réinsertion sociale-professionnelle (répertoire et modèles d'aménagements possibles du temps de travail, des tâches, des responsabilités) ; « formations aux changements » pour couple, proches ; formation continue des enseignant-e-s spécifique à l'accompagnement d'un élève malade et la gestion adaptée des liens entre classe et famille ;

- Inciter les dispensateurs de services à ajuster leurs prestations et à **aller au devant des besoins des personnes concernées** :

Proposer des ajustements au système de soins / à l'aide à domicile (hospitalisation à domicile...) ; contribuer à améliorer la formation favorisant les compétences sociales des médecins (communication, coordination, etc.) ; Proposer des interventions d'aide à domicile de tierces personne-s/organisme-s « d'office » (plutôt que « sur demande » des personnes concernées) ; contribuer à la reconnaissance des malades du cancer dans l'aide sociale (invisibilité de la maladie) ;

- Simplifier l'**accès aux prestations** ; constituer, **organiser et rendre accessibles** des systèmes stables et dynamiques d'information et des expertises dans différents domaines (droit, psychologie du travail, assurances, ergonomie, etc.) :

Mettre à disposition des expertises (prise en charge des démarches administratives, médiation avec le monde médical...) ; intervenir pour que davantage d'assurances complémentaires soient axées spécifiquement sur l'assurance de soins et les prestations d'accompagnement ; contribuer à élargir la prise en charge des frais médicaux par l'assurance maladie (notamment les traitements alternatifs) ; assurer une mise en réseau des familles pour favoriser l'échange de savoirs et savoir-faire, de groupes d'échange ; faire un travail de leadership (observation, coordination interinstitutionnelle, centre de référence-d'expertise) ; travailler à la reconnaissance de la spécificité des situations liées au cancer afin de pallier aux délais particulièrement longs durant lesquels les personnes concernées par le cancer

¹⁴ Cf. HANSOTTE, M. 2005.

¹⁵ Pratiques d'ingénierie sociale, elles consistent en un « travail d'assemblage, de verbalisation et de configuration des demandes individuelles en vue de faire apparaître de nouvelles problématiques » : pour CHAUVIERE, M., il s'agit d'une action rhétorique, de collectivisation de situations afin de transformer un phénomène social en problème social, qu'il dénomme le travail discursif de premier type. In BAILLEAU, F., 1985, p. 164.

4^{ème} Congrès AIFRIS, 2011

« Une approche intégrée du travail social valorisant les ressources pour répondre aux besoins psychosociaux des personnes concernées par le cancer »

M-Claire Rey-Baeriswyl, professeure HES-SO, en collaboration avec J-Claude Simonet, conseiller scientifique à la Direction de la santé publique et des affaires sociales FR, René Knüsel, professeur à l'Université de Lausanne.

doivent attendre une réponse de l'AI¹⁶ ; contribuer à la reconnaissance des malades du cancer par les professionnel-le-s de l'aide sociale (difficile en raison de l'invisibilité des conséquences de cette maladie) ;

- Favoriser une **prévention secondaire** simple et accessible et une **prévention tertiaire** proactive qui anticipe les conséquences possibles de la maladie et aide à les gérer :

Concevoir un diagnostic psychosocial précoce utile au moment du diagnostic fixant les priorités de l'accompagnement combinée avec une plateforme de services; contribuer à réduire le risque de rechute, de chronicité, d'invalidité, au moyen de mesures de réadaptation efficace ; à partir des expériences-des suivis interroger les politiques de prévention ; agir sur le processus de maintien en santé en collaboration avec d'autres acteurs partenaires (pouvoirs publics ? autres ligues ?) ; permettre que les demandes de prestations parviennent à la Ligue et/ou à l'aide sociale plus tôt avant que la spirale de l'exclusion (incapacité de travail – fin des prestations de l'assurance perte de gains – licenciement – demande de rente AI en cours – épuisement des ressources du réseau naturel, etc.) soit enclenchée.

3. Attentes concernant des interventions structurelles, politiques, scientifiques : solidarité – vivre ensemble

La perspective macrosociale s'inscrit dans le contexte large de la société ; elle renvoie à des modes d'actions plus génériques encore. Elle met en évidence l'articulation des champs politique, économique et social; tiers secteur, protection sociale, marché de l'emploi et aux autres institutions qui permettent ce « vivre ensemble »¹⁷. La logique de médiation du travail social se déploie sous de nombreuses formes d'intervention¹⁸.

Ces interventions structurelles constituent un travail d'argumentation, une réponse collectivement construite au niveau politique qui implique l'insertion dans les réseaux et la mobilisation de partenariats divers dans un but de transformation du fonctionnement sociétal¹⁹. Elles impliquent la maîtrise de la conduite de projets, une approche territoriale et interorganisationnelle. « L'action vise à mobiliser les acteurs locaux pour une transformation des rapports sociaux dans un espace donné²⁰ ». Elles peuvent également concerner un travail de planification, d'évaluation, d'ingénierie sociale, permettant d'organiser la concertation, la coopération entre des acteurs pour viser un changement.

- Promouvoir une meilleure reconnaissance des droits des patient-e-s en rapport avec les parcours de maladie et contribuer à modifier les cadres légaux :

Faire connaître les difficultés des malades, les collectiviser et les faire mettre à l'agenda politique ; rappeler les valeurs de solidarité, base de notre démocratie constitutionnelle ; contribuer à étendre le droit aux allocations perte de gain à certaines catégories de travailleurs/euses (indépendant-e-s, employé-e-s, employé-e-s d'entreprises non affiliées à une assurance perte de gains) ; développer une protection sociale globale ;

- Développer une protection sociale globale :

Travailler au développement d'une assurance perte de gain pour tous/tes aussi les indépendant-e-s ; contribuer à des politiques compensatoires pour lutter contre les inégalités engendrées par les situations de maladie chronique ou aiguë ; contribuer à l'adaptation uniforme des dispositions légales pour ce qui concerne le travail (congé de deuil, congé

¹⁶ En lien avec « la situation spécifique des personnes malades du cancer : l'évolution aléatoire de la maladie et la capacité de travailler temporairement (suivie par des rechutes) empêchent certain-e-s malades du cancer d'incapacité minimale obligatoire d'une année » in DUBACH, Ph., OESCH, Th., KÜNZI, K. GOUARD, D., 2009. p. 14.

¹⁷ REY-BAERISWYL, M-C., REYNAUD, C., 2006.

¹⁸ Développement communautaire, développement de politiques, de défense de droits, cf. *Service social*, p. 291.

¹⁹ CHOPART, J-N., 2000, p. 33.

²⁰ *Op cit.* p. 239.

4^{ème} Congrès AIFRIS, 2011

« Une approche intégrée du travail social valorisant les ressources pour répondre aux besoins psychosociaux des personnes concernées par le cancer »

M-Claire Rey-Baeriswyl, professeure HES-SO, en collaboration avec J-Claude Simonet, conseiller scientifique à la Direction de la santé publique et des affaires sociales FR, René Knüsel, professeur à l'Université de Lausanne.

parental pour garde d'enfant malade chronique, protection contre le licenciement en temps de maladie ; revenu de substitution si pas d'emploi ; reconnaissance du statut de mère au foyer) ;

- Contribuer à transformer le regard social porté sur le cancer, la souffrance, la mort et sur les malades :

Lutter contre l'image d'être un « individu à risque » ou de la maladie « comme destin tragique » ; diffuser le fait que le cancer devient une maladie chronique (communauté de destins avec d'autres maladies) ; défendre l'idée que le soutien social n'est pas uniquement une caractéristique des individus eux-mêmes mais aussi une caractéristique des réseaux ou communauté-s ; par la recherche, la vulgarisation, au travers des médias donner la parole aux personnes concernées, faire connaître les réalités vécues.

Les résultats invitent à envisager de nouvelles régulations et partenariats entre institutions publiques et privées, permettant d'agir de manière plus concertée pour diminuer les situations de vulnérabilité.

L'articulation d'interventions de niveaux différents s'avère être une condition pour agir tant sur les situations individuelles et particulières que sur les contextes producteurs de situations de handicaps engendrés par le cancer.

4^{ème} Congrès AIFRIS, 2011

« Une approche intégrée du travail social valorisant les ressources pour répondre aux besoins psychosociaux des personnes concernées par le cancer »

M-Claire Rey-Baeriswyl, professeure HES-SO, en collaboration avec J-Claude Simonet, conseiller scientifique à la Direction de la santé publique et des affaires sociales FR, René Knüsel, professeur à l'Université de Lausanne.

AUDET, J., *Le suivi psychosocial en soins palliatifs. Un besoin du client et de ses proches*, Congrès RSP, Québec, avril 2006.

AMBLARD, H., BERNOUX, Ph., HERREROS, & G., LIVIAN, Y.-F. *Les nouvelles approches sociologiques des organisations*, Paris, Seuil, 1996.

AUCLAIR, R., « Synthèse et commentaire des écrits sur l'approche intégrée », *Revue Service social*, vol 36, no. 2-3, 287-314, 1987.

AUCLAIR, R., & Lampron, Ch., *Approche intégrée : une innovation dans la dispensation des services sociaux* », *Revue Service social*, vol 36, no. 2-3, 315-341, 1987.

BACHMANN, C., et SIMONIN, J. *Changer au quotidien. Une introduction au travail social*, Etudes vivantes, Paris, 1981-1982. Tome 2, chap. 2 : A la recherche des besoins, p. 29-42 et des tentatives d'approches intégrées, pp. 75-84.

BARREYRE, J.-Y., & PEINTRE C., *Evaluer les besoins des personnes en action sociale, enjeux, méthodologie, outils*, Paris, Dunod, 2004.

BATAILLE, P., *Un cancer et la vie. Les malades face à la maladie*, Paris, Editions Balland, 2003.

BOISVERT, D. (sous la dir.) *Le plan de services individualisé : participation et animation*, Cap-Rouge, QC : Presses Inter Universitaires, 1995. Chap. 4 : évaluer les forces et les besoins de la personne, pp. 81-109.

BRADSHAW, J., *La notion de besoin social*, Economie et Humanisme, Paris, 1973.

CHAUVIÈRE, M., TRONCHE, D. (dir.), *Qualifier le travail social. Dynamique professionnelle et qualité de service*, Dunod, Paris, 2002.

CHOPART, J.-N., *Les mutations du travail social. Dynamiques d'un champ professionnel*, Dunod, Paris, 2000.

CROZIER, M., & FRIEDBERG, E., *L'acteur et le système. Les contraintes de l'action collective*, Paris, Seuil, 1992.

DUBACH, Ph., OESCH, Th., KÜNZI, K. GOUMARD, D. « Cancer et conditions de vie précaires ». Bureau de politique du travail et de politique sociale BASS, Berne, 2009.

GIRAUD, C., *L'action commune*. L'Harmattan. Logiques sociales. Paris, 1993.

HANSOTTE, M., *Les intelligences citoyennes. Comment se prend et s'invente la parole collective*, De Boeck, Bruxelles, 2005.

HUBER, T.-A., "Cancer et sciences de l'homme", dans P. BEN SOUSSAN et C. JULIAN-REYNIER (dir.), *Cancer et recherches en sciences humaines*, p.17-32, éditions Cérès, Ramonville Saint-Agne, 2008.

ION, J., *Le travail social au singulier*, Paris, Dunod, 1998.

LAPOINTE, J., *La conduite d'une étude de besoins en éducation et en formation : une approche systémique*, Presses de l'Université du Québec, Sillery Québec, 1992.

MAYER, R., OUELLET, F., "L'analyse des besoins d'une population" (Chap. 1), dans *Méthodologie de recherche pour les intervenants sociaux*, Gaëtan Morin, Paris, 1991.

MEUNIER, B., "Méthode d'évaluation du besoin", dans *Le marketing des services sociaux*, p. 115, Presses universitaires de Namur, Namur, 1986.

MOR, V., ALLEN, S.-M., SIEGEL, K. et PETER, H., "Determinants of Need and Unmet Need among Cancer Patients Residing at Home", *Health Services Research*, vol. 27, n° 3, 1992, pp. 337-360.

MORIN, M., "Pour une psychologie "sociale" de la santé". Dans BEN SOUSSAN, P., et JULIAN-REYNIER, C.,

4^{ème} Congrès AIFRIS, 2011

« Une approche intégrée du travail social valorisant les ressources pour répondre aux besoins psychosociaux des personnes concernées par le cancer »

M-Claire Rey-Baeriswyl, professeure HES-SO, en collaboration avec J-Claude Simonet, conseiller scientifique à la Direction de la santé publique et des affaires sociales FR, René Knüsel, professeur à l'Université de Lausanne.

(dir.), *Cancer et recherches en sciences humaines*, p. 48-75, éditions cérés, Ramonville Saint-Agne, 2008.

THEVENET, A., "Etude de besoins" (section I), dans *Créer, gérer, contrôler un équipement social ou médico-social*, p. 204, ESF éditeur, Paris, 1990.

VERNIER, A., "Action sociale, perception et satisfaction des besoins", *Rencontre*, n° 25, 1978. pp. 12-19.

ZBRACK, B.-J., MILLS J. et WEITZMAN, T.-S., "Health and supportive care needs of young adult cancer patients and survivors." *Journal of Cancer Survivorship*, vol. 1, n° 2, 2007, pp. 137-145.

ZUNIGA, R., *L'évaluation dans l'action*, Presses de l'Université de Montréal, Montréal, 1994, pp. 102-119.