

CREMIS

Revue du

Espaces pour être

L'intervention en milieu de vie
Diagnostics et groupes d'entraide
Une recherche-action participative sur
les préjugés

Centre de recherche de Montréal
sur les inégalités sociales, les discriminations,
et les pratiques alternatives de citoyenneté

PRINTEMPS 2019

Vol.11 No.1



La *Revue du CREMIS* est publiée par le Centre de recherche de Montréal sur les inégalités sociales, les discriminations et les pratiques alternatives de citoyenneté (CREMIS).

Le CREMIS fait partie intégrante de la mission Centre affilié universitaire Jeanne-Mance du Centre intégré universitaire de Santé et de Services sociaux du Centre-sud-de-l'Île-de-Montréal affilié à l'Université de Montréal et à l'Université du Québec à Montréal
66 rue Sainte-Catherine Est
Montréal, Québec
H2X 1K7

Comité de rédaction: Nadia Giguère, Baptiste Godrie, Catherine Jauzion, Jean-Baptiste Leclercq, Christopher McAll (responsable), Guillaume Ouellet, Alexis Pearson, Nicolas Sallée
Production : Christopher McAll, Audrey Besnier (correction des textes).

Pour tout commentaire ou pour s'inscrire sur notre liste de diffusion, n'hésitez pas à communiquer avec nous en consultant notre site web au www.cremis.ca sous l'onglet «contact».

Les opinions exprimées dans les articles n'engagent que les auteurs.

Vous pouvez télécharger gratuitement la revue à cette adresse :
www.cremis.ca

Dépôt légal, Bibliothèque et archives nationales du Québec
ISSN: 1916-646X

Photo page couverture: cmca mmxvii

Inégalités sociales
Discriminations

Pratiques alternatives de citoyenneté

Espaces pour être

«Partager les activités de tous les jours avec ces jeunes et interagir avec eux sur une base autre que «médicale» peut contribuer au développement d'un lien de confiance et aider les jeunes à dépasser le stigma souvent associé à un diagnostic»

«Dans ces espaces, les personnes n'ont pas à expliquer ou faire continuellement la preuve de la réalité de leur souffrance psychique; elles sont d'emblée prises en compte en tant qu'interlocutrices crédibles»

«Des formateurs et formatrices [...], ayant vécu les préjugés, iront à la rencontre de leurs pairs âgés ou étiquetés malades mentaux, ainsi que d'intervenants des milieux communautaires et de la santé. Avec eux, elles remettront en cause ce «gros bon sens», trop souvent plus «gros» que «bon».»

(suite à la page 18)



cmca mmxviii

SOMMAIRE

REGARDS

| | |
|---|----|
| Revendications et contre-offensives de classe : L'État social québécois et la transformation des CLSC (1971-1981) <i>Anne Plourde</i> | 4 |
| Coopératives communautaires italiennes : Le «Welfare rural» et la renaissance des campagnes <i>Fabio Berti</i> | 11 |
| DOSSIER <i>Espaces pour être</i> | 17 |
| Côte à côte : l'intervention en milieu de vie et la santé mentale des jeunes <i>Nadia Giguère, Jean-Baptiste Leclercq, Cécile Van de Velde, Emilie Proteau-Dupont, Pearce Simamonika, Rémi Fraser</i> | 18 |
| Faire la preuve de sa crédibilité : diagnostics et groupes d'entraide dans la trajectoire de soins en santé mentale <i>Baptiste Godrie, Camille Rivet</i> | 23 |
| Vieillesse et diagnostics psychiatriques : une recherche-action participative sur les préjugés <i>Jean Gagné et le Comité vieillissement d'Action Autonomie</i> | 28 |
| RETOURS | |
| Changer de paradigme : L'aide aux étudiant.e.s postsecondaires en risque d'échec <i>François Régimbal, Natalie Cormier, Yannick Demange, Jean-Sébastien Lavallée, Gabrielle Smilga-Palardy, Nadine Trudeau</i> | 34 |
| Accepter de voir : la diversité de populations sans domicile ou à risque de l'être <i>Christopher McAll</i> | 41 |



cmca mmxix

L'État social québécois et la transformation des CLSC (1971-1981)

Revendications et contre-offensives de classe

REGARDS

Anne Plourde
Chercheure,
Institut de recherche et d'informations socioéconomiques, IRIS
PhD, Université du Québec à Montréal



cmca mmxviii

Le cas du modèle initial des Centres locaux de services communautaires (CLSC) – implanté au Québec en 1971 et déjà profondément redéfini dès 1981 – offre un point d'appui particulièrement intéressant pour contribuer à la réflexion et aux débats sur les potentialités et les limites de l'État social. Ce modèle original d'organisation des services socio-sanitaires de première ligne se démarque dans le monde occidental par son caractère innovateur et progressiste (Bozzini, 1988), suggérant un véritable potentiel émancipateur de l'État social. Cependant, selon nous (Plourde, 2016; 2014), une comparaison de ce modèle avec celui des cliniques populaires qui émergent à la même époque et sa remise en question subséquente par le ministère des Affaires sociales indiquent plutôt des limites à la capacité de cet État à mettre en œuvre des réformes qui vont dans le sens des intérêts des classes populaires

Plus spécifiquement, l'analyse de l'évolution des CLSC fondée sur les rapports de force entre classes sociales (analyse de classe), soulève la question de la nature de l'État social dans une société capitaliste et permet de jeter une lumière inédite sur certaines particularités de l'État social québécois. Celui-ci se caractérise en effet par le passage accéléré durant les années 1960 d'un État social parmi les plus retardataires à l'un des plus avant-gardistes en Amérique du Nord, voire même dans le monde occidental, le cas des CLSC étant emblématique de ces développements (Fleury *et al.*, 2007; Rouillard, 2004).¹

Comment expliquer la forme particulière qu'a prise le modèle des CLSC, la naissance au Québec (et non pas ailleurs) d'un modèle aussi progressiste, original et innovateur, et sa remise en question dès 1974 ? Ces questions, qui traversent la littérature sur l'histoire des CLSC et du système socio-

sanitaire québécois, sont généralement abordées à partir des facteurs «internes» au réseau (Desrosiers *et al.*, 2004). Sans nier le rôle joué par ces facteurs internes – notamment la résistance des médecins au modèle des CLSC² –, il s'agit de voir comment ceux-ci s'inscrivent dans les rapports de force qui traversent la société, en particulier les rapports entre la classe des travailleuses et travailleurs (représentée, entre autres, par les mouvements syndical et populaire) et la classe capitaliste (représentée par le milieu des affaires) (Navarro, 1976). Cette perspective de classe – peu usitée aujourd'hui dans les analyses du domaine de la santé – s'avère féconde.

Conceptions opposées

L'analyse de l'évolution du modèle initial des CLSC s'est articulée autour de trois grands axes, définis chacun par deux pôles opposés. Ces axes concernent : la portée universelle vs résiduelle du modèle; son caractère démocratique vs bureaucratique; la conception socio-politique vs sanitaire et individualiste de la prévention mise de l'avant et la place conséquente accordée à l'action communautaire.

Malgré certaines limites, le modèle initial des CLSC avait une portée universelle.³ Au départ, les CLSC étaient destinés à devenir la porte d'entrée du réseau et donc à intégrer l'ensemble des services de première ligne, y compris la médecine familiale. On prévoyait que ces établissements répondraient à 80% des besoins socio-sanitaires courants (Québec, 1972a; 1972b). Ils étaient ainsi conçus comme un élément-clé d'un programme à portée universelle, voué à répondre aux besoins généraux de l'ensemble de la population.

Sans aller aussi loin que certaines cliniques populaires (Plourde, 2016; 2014), le modèle initial des CLSC était aussi défini par son caractère démocratique, chaque établissement ayant son propre conseil d'administration. Ce qui distingue ce modèle n'est pas simplement la représentation des personnes usagères (ce qui est le cas de plusieurs autres établissements), mais bien une forte représentation de ces personnes, quasis-majoritaires dans la loi, et véritablement majoritaires sur le terrain dans de nombreux CLSC. De plus, ces conseils d'administration élus jouissaient au départ d'une grande autonomie – et donc d'un réel pouvoir – dans la détermination de leurs priorités, orientations et programmes.

Le modèle initial des CLSC, toujours malgré certaines limites, se distinguait également par une conception sociale de la prévention visant à agir sur les causes non seulement individuelles mais aussi sociales de la maladie (par exemple, condi-

tions de vie, pauvreté, logement, alimentation). Ceci explique l'importance accordée au départ à l'action communautaire et à sa double mission : stimuler la participation populaire et mettre en œuvre une approche collective (plutôt qu'individualiste) de la prévention. Sur le terrain, ce mandat s'est souvent traduit par des mobilisations socio-politiques autour d'enjeux liés à la santé, débordant les limites du modèle imaginé par le ministère des Affaires sociales.

Ce caractère universel, démocratique et socio-politique du modèle initial des CLSC (premier pôle d'analyse) correspond aux revendications historiques de la classe des travailleuses et travailleurs en matière socio-sanitaire. S'il est impossible de faire ici la démonstration exhaustive de cette correspondance, rappelons tout de même que le modèle des cliniques populaires a directement inspiré celui des CLSC (Jetté, 2008). De plus, le modèle initial des CLSC correspond aussi à une revendication répétée des grandes centrales syndicales : à partir de 1966, celles-ci ont réclamé, y compris devant la Commission Castonguay-Nepveu, la création d'un réseau de polycliniques multidisciplinaires intégrant des services de santé et des services sociaux de première ligne (CSN *et al.*, 1966).

Si le modèle des CLSC est au départ proche du premier pôle d'analyse et des revendications de la classe des travailleuses et travailleurs, les grandes tendances qui s'affirment à partir de 1974 vont avoir pour effet de rapprocher ce modèle des positions historiques de la classe capitaliste en matière socio-sanitaire, qui correspondent au second pôle d'analyse. En 1974, le ministère des Affaires sociales décrète un moratoire sur la création de nouveaux CLSC (Desrosiers et Gaumer, 2004) et amorce un processus de redéfinition du modèle initial qui prendra une triple forme. Sans remettre directement en question leur caractère universel, ces établissements sont redéfinis comme des établissements «complémentaires» aux cliniques privées, les médecins omnipraticiens parvenant à imposer ces dernières comme véritable porte d'entrée du réseau (Lesemann, 1981). La mission des CLSC est de plus en plus réorientée vers les populations vulnérables ou marginalisées plutôt que vers la population en général. On assiste ainsi à un processus de «résidualisation» des CLSC.

S'il n'y a pas non plus d'attaque directe contre le caractère démocratique des CLSC, il se produit néanmoins à partir de 1974 un processus de bureaucratization des CLSC et de professionnalisation de leur gestion. Or, la réduction marquée de l'autonomie des CLSC (et donc du pouvoir réel des CA), par le biais d'une centralisation des décisions et d'un resserrement des contrôles

«le développement de l'État social québécois s'amorce véritablement en 1960, c'est-à-dire au moment où la combativité des travailleuses et travailleurs atteint son sommet»

bureaucratiques, contribuera à une démobilisation des communautés locales et donc à une diminution effective de la participation populaire au sein de ces établissements.⁴

Enfin, s'affirme rapidement un processus de dépolitisation de la prévention : le ministère des Affaires sociales cherche à évacuer la dimension politique de la conception de la prévention mise en œuvre dans plusieurs CLSC. Puisque c'est en bonne partie par le biais de l'action communautaire que les CLSC vont être impliqués dans des contestations socio-politiques, cette volonté va s'accompagner d'une marginalisation progressive de l'action communautaire. De manière plus générale, on va tendre vers une conception de moins en moins sociale et de plus en plus «sanitaire» et traditionnelle (voire même individualiste) de la prévention (hygiène publique, immunisation, habitudes de vie, etc.).

Une précision s'impose cependant. L'analyse des documents ministériels et leur confrontation avec les témoignages des actrices et des acteurs de l'époque ont permis de découvrir l'existence d'un décalage temporel entre le moment où le Ministère amorce sa redéfinition du modèle des CLSC (en 1974) et le moment où ces modifications commenceront à être véritablement ressenties sur le terrain (à partir des années 1980).

Rapports de force

Les grandes tendances dans l'évolution du rapport de force entre les classes au Québec durant les années d'après-guerre et jusqu'à la fin des années 1980 ne se distinguent pas radicalement des grandes tendances internationales. Ainsi, à partir de la Seconde guerre mondiale se développe progressivement – au Québec mais aussi partout dans le monde occidental – un rapport de force de plus en plus favorable aux travailleuses et aux travailleurs, qui culmine durant les années 1960-1970 et en particulier au tournant des années 1970 (Korpi, 2002).

Cependant, le Québec se distingue du reste du monde occidental sur au moins un point : alors que dans la plupart des pays occidentaux, l'État social émerge ou se consolide durant les années d'après-guerre (en bonne partie grâce au développement d'un rapport de force favorable aux travailleuses et aux travailleurs), le Québec est sous l'emprise d'un blocage politique qui inhibera l'essor de son État social jusqu'à la fin des années 1950. Ce blocage politique, incarné par le régime conservateur de l'Union nationale qui domine la scène politique québécoise entre 1936 et 1960, n'empêchera pas la combativité des travailleuses et travailleurs québécois de se traduire en gains substantiels au niveau des salaires et des conditions de travail

(Rouillard, 2004). Cependant, il y aura durant cette période peu de gains en termes de politiques sociales au Québec.

Ainsi, contrairement aux autres pays occidentaux et au reste du Canada, où l'État social se constitue pour l'essentiel entre la fin du XIXe siècle et la fin des années 1950 – et donc à un moment où le rapport de force est relativement moins favorable aux travailleuses et aux travailleurs que durant les deux décennies qui suivront –, le développement de l'État social québécois s'amorce véritablement en 1960, c'est-à-dire au moment où la combativité des travailleuses et travailleurs atteint son sommet, au Québec comme partout dans le monde occidental. En particulier, les CLSC sont créés en 1971, précisément lorsque cette radicalisation est à son apogée.

Le «retard» dans la construction de l'État social québécois aura deux conséquences. Les mouvements syndicaux et populaires de la province auront le temps de radicaliser leurs points de vue et revendications en matière socio-sanitaire *avant* la mise en œuvre des réformes dans ce domaine, et au moment où ces réformes se produisent, ces mouvements sont en mesure d'imposer leurs revendications parce que le rapport de force leur est exceptionnellement favorable.

Inscrire la naissance du modèle initial des CLSC dans l'évolution du rapport de force entre les classes nous permet donc de comprendre la forme particulière prise par ce modèle – caractérisé par le fait qu'il correspond aux revendications historiques de la classe des travailleuses et travailleurs en matière socio-sanitaire – ainsi que sa naissance au Québec, et pas ailleurs. Plus largement, cette analyse permet aussi d'expliquer le passage rapide dans la province à un État social particulièrement avant-gardiste, alors que le Québec se démarquait jusqu'à la fin des années 1950 par son conservatisme sur le plan social.

Contre-offensive

L'évolution du rapport de force durant les années 1970-1980 permet aussi de comprendre la remise en question du modèle initial des CLSC et son rapprochement du point de vue de la classe capitaliste. Ceci implique d'analyser le rôle joué par le milieu des affaires québécois dans cette évolution du modèle.

Au Québec comme dans le reste du monde occidental, s'amorce, à partir du début des années 1970, une contre-offensive de la classe capitaliste visant un double objectif, économique et politique : restaurer les taux de profit qui sont en déclin depuis la fin des années 1960 et renverser le rapport de force jugé «trop» favorable aux travailleuses et

aux travailleurs (Harvey, 2005). Les attaques visent notamment l'État social, pour des raisons économiques et politiques. Sur le plan économique, la chute des taux de profit a pour conséquence que le milieu des affaires est moins disposé à financer les programmes sociaux. Sur le plan politique, l'État social est une dimension importante du cadre institutionnel des années d'après-guerre ayant contribué à renforcer le pouvoir de la classe des travailleuses et travailleurs (Harvey, 2005).

Par ailleurs, si cette contre-offensive est amorcée au début des années 1970, il est important de souligner qu'elle s'intensifie à partir des années 1973-1975 et qu'elle n'aura qu'un succès mitigé jusqu'à la fin des années 1970. La combativité des travailleuses et travailleurs empêche en effet une véritable restauration des taux de profit (Duménil et Lévy, 2000; Lafrance, 2007). Ce n'est qu'au tournant des années 1980 que se produit réellement un renversement du rapport de force en faveur de la classe capitaliste, provoqué notamment par la hausse importante des taux d'intérêt décidée par les banques centrales de plusieurs pays – dont le Canada. La récession mondiale et l'explosion des taux de chômage qui découleront de cette décision politique affecteront durablement la combativité de la classe des travailleuses et travailleurs (McNally, 2013).

Or, cette évolution du rapport de force entre les classes se reflète dans l'évolution du modèle initial des CLSC. Elle permet de comprendre non seulement sa remise en question et son rappro-

chement des positions et des intérêts de la classe capitaliste, mais aussi le décalage temporel observé plus haut entre le moment où le ministère des Affaires sociales amorce ce processus de redéfinition (en 1974, quand s'intensifient les attaques du milieu des affaires contre l'État social) et le moment où ce même ministère parvient à imposer cette redéfinition sur le terrain (à partir du début des années 1980, c'est-à-dire, lorsque se produit le renversement du rapport de force en faveur de la classe capitaliste).

De plus, même s'il n'y a pas eu, malgré certaines attaques en 1973-1974,⁵ de véritable campagne ouverte de la part du milieu des affaires québécois contre le modèle initial des CLSC, l'analyse documentaire montre que l'offensive capitaliste visant l'État social va se déployer au Québec sur plusieurs fronts affectant directement ce type d'établissement. Par exemple, à partir de 1973, le milieu des affaires québécois revendique de manière répétée une réduction des dépenses sociales de l'État, en particulier dans le domaine des Affaires sociales (duquel relèvent les CLSC). Or, c'est en partie par des considérations financières que le Ministère justifie la «résidualisation» des CLSC (Forget, 1975; Québec, 1981).

Durant la même période, le milieu des affaires se positionne aussi à plusieurs reprises contre la participation populaire dans la gestion des organismes publics, notamment dans le domaine des Affaires sociales. Les CLSC, qui incarnent plus que tout autre établissement la volonté de



cmca mmxviii

REGARDS

«la classe capitaliste [...] peut compter sur le soutien actif de l'État pour assurer la préservation des intérêts qu'elle considère comme fondamentaux»

démocratisation du réseau socio-sanitaire, sont évidemment concernés. Enfin, au cours des mêmes années se déploie une série d'attaques contre le mouvement syndical dans le secteur public, considéré à cette époque comme la locomotive du mouvement syndical dans son ensemble (Rouillard, 2004). On vise en particulier la Fédération des Affaires sociales (de la CSN) qui se démarque par son radicalisme et sa combativité et à laquelle sont affiliés les travailleuses et travailleurs des CLSC.

Il faut souligner aussi que les CLSC étaient très «dérangeants» durant leurs premières années d'existence, y compris pour le milieu des affaires. Grâce à leur caractère démocratique et au rôle joué par l'action communautaire, plusieurs CLSC ont contribué au climat de contestation sociale que combat la classe capitaliste durant les années 1970. En fait, les CLSC des premières années sont considérés par beaucoup à l'époque comme un lieu de convergence des luttes sociales. En entretien, Claude Castonguay y voit même un des facteurs principaux expliquant la volonté de dépolitisation, le resserrement des contrôles et la redéfinition de ce modèle par le Ministère : «j'ai eu beaucoup de problèmes avec les députés qui se plaignaient que dans leur comté au lieu d'avoir un CLSC qui s'intéresse à développer des services, ils avaient des travailleurs, des animateurs sociaux qui leur faisaient la guerre, ni plus ni moins, en tous les cas, qui contestaient ce qui se faisait. [...] Alors l'idée de laisser le plus de marge possible n'a pas donné les résultats qu'on escomptait. Alors tranquillement, graduellement le Ministère, les organismes en place ont essayé de définir plus précisément ce que devrait être un CLSC et tranquillement uniformiser ce qu'ils font».⁶

Selon les personnes interviewées dans le cadre de mes recherches, plusieurs des luttes socio-politiques qui émergeaient alors des CLSC – par exemple, sur des enjeux sanitaires en lien avec la pollution industrielle, les conditions de travail ou le développement immobilier, entre autres – menaçaient directement certains intérêts du milieu des affaires. Autrement dit, si des députés ont fait pression sur le Ministère, il est probable que le milieu des affaires ait fait pression sur des députés.

Possibilités et limites

Si l'histoire du modèle initial des CLSC, abordée dans une perspective de classe, permet de jeter un éclairage inédit sur certaines particularités de l'État social québécois, elle nous conduit également à des conclusions plus générales concernant les possibilités et les limites de l'État social



cmca mmxix

dans le cadre de la société capitaliste. D'abord, cette histoire nous apprend que l'État social n'est pas simplement un outil de domination entre les mains de la classe dominante, même s'il est aussi cela. Le cas des CLSC montre en effet qu'il est possible pour les classes dominées de faire des gains sociaux réels et significatifs. Par contre, il montre aussi que dans le cadre de la société capitaliste, ces gains sont limités et précaires.

D'une part, à la lumière de la comparaison du modèle des CLSC avec celui des cliniques populaires, il devient clair que malgré son caractère progressiste, le premier ne va pas aussi loin que le second au niveau de la démocratisation et de la conception de la prévention mises en œuvre. D'autre part, la remise en question du modèle indique que la pérennité des gains sociaux dépend en fait de l'évolution du rapport de force entre les classes, dans lequel la classe capitaliste jouit d'avantages décisifs : il s'agit bien sûr de son pouvoir économique qui s'accompagne d'un pouvoir idéologique considérable, mais aussi du fait qu'elle peut compter sur le soutien actif de l'État pour assurer la préservation des intérêts qu'elle considère comme fondamentaux.

Ainsi, l'histoire du modèle initial des CLSC suggère que l'État social n'est pas un simple reflet du rapport de force entre les classes. Au Québec, le Parti québécois, qui affichait pourtant à l'époque un «préjugé favorable» aux travailleuses et travailleurs, a joué un rôle décisif dans le renversement du rapport de force en faveur de la classe capitaliste qui se produit au tournant des années 1980.⁷ En fait, partout dans le monde occidental, l'État a joué un rôle direct et actif dans ce renversement et ce, peu importe le parti au pouvoir (McNally, 2013). En cela, l'État social peut lui-même être considéré comme un État *capitaliste*.

Notes

1. Cette problématique générale et perspective de classe sont mises de l'avant dans ma thèse de doctorat (soutenue au mois de décembre 2018), dont certaines des conclusions sont présentées ici. Ces conclusions sont fondées notamment sur l'analyse de publications et documents produits par des centrales syndicales, cliniques populaires et regroupements d'affaires, entre autres, ainsi que sur 19 entrevues semi-dirigées conduites auprès d'actrices et d'acteurs-clé ayant participé à l'implantation des premiers CLSC. (Plourde, 2018).
2. Résistance assumée par la *Fédération des médecins omnipraticiens du Québec* (FMOQ, 2014).
3. Modèle conçu en 1970 par la *Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social* (Commission Castonguay-Nepveu) et implanté en 1971 par le ministère des Affaires sociales.

4. Si la bureaucratisation des établissements socio-sanitaires ne correspond pas aux préférences du milieu des affaires, celui-ci se positionne historiquement à plusieurs reprises contre la participation populaire à la gestion des établissements publics et pour une professionnalisation de leur gestion (nous y reviendrons).

5. Voir, par exemple, Chambre de commerce de la province de Québec (1973; 1974).

6. Entretien réalisé le 15 juin 2015 avec Claude Castonguay, ancien président de la Commission Castonguay-Nepveu (1966-1970), ancien ministre des Affaires sociales (1970-1973) et responsable de la création des CLSC.

7. Notamment, les décrets imposant au début des années 1980 des reculs sans précédent aux salaires et conditions de travail dans le secteur public ont contribué de manière cruciale à briser la combativité de celles et ceux qui constituaient à l'époque la locomotive du mouvement syndical québécois (Rouillard, 2004).

Références

- Bozzini, Luciano (1988), «Local Community Services Centers (CLSCs) in Quebec : Description, Evaluation, Perspectives», *Journal of Public Health Policy*, 9(3), p. 346-375.
- Chambre de commerce de la province du Québec (1974), «Dans son mémoire annuel au premier ministre Bourassa : La Chambre de Commerce se fait le critique financier du gouvernement», *Action*, 1(5), p. 3.
- Chambre de commerce de la province du Québec (1973), *Mémoire annuel soumis au premier ministre de la province de Québec l'Honorable Robert Bourassa, aux membres du Conseil exécutif et de l'Assemblée nationale par la Chambre de commerce de la province de Québec*, Montréal, Chambre de commerce de la province du Québec.
- Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social (1970), *La santé. Rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social*, volume IV, tomes 1 à 4, Québec, Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social.
- Confédération des syndicats nationaux, Fédération des travailleurs du Québec et Union catholique des cultivateurs (1966), *Un mémoire sur l'assurance-maladie. Mémoire présenté au Comité conjoint sur l'assurance-maladie de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social*, Québec, Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social.
- Desrosiers, Georges et Benoît Gaumer (2004), «L'histoire des CLSC au Québec : reflet des contradictions et des luttes à l'intérieur du Réseau», *Ruptures*, 10(1), p. 52-70.
- Duménil, Gérard et Dominique Lévy (2000), *Crise et sortie de crise. Ordre et désordres néolibéraux*, Paris, Presses universitaires de France.
- Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (2014), «Le projet 'Objectif 73'», *Le médecin du Québec*, 49(4), p. 16.
- Fleury, Marie-Josée et Benoît Gaumer (2007), «La gouvernance du système socio-sanitaire au Québec : un parcours historique», in Marie-Josée Fleury, Mireille Tremblay, Hung Nguyen et Luc Bor-

- deleau (dir.), *Le système socio-sanitaire au Québec. Gouvernance, régulation et participation*, Montréal, Éditions de la Chenelière, p. 3-21.
- Forget, Claude (1975), *Centre locaux de services communautaires : orientations*, Discours prononcé par le ministre des Affaires sociales, M. Claude E. Forget, au congrès de fondation de la Fédération des centres locaux de services communautaires (Bibliothèque de l'Assemblée nationale du Québec).
- Harvey, David (2005), *A Brief History of Neoliberalism*, Oxford, Oxford University Press.
- Jetté, Christian (2008), *Les organismes communautaires et la transformation de l'État-providence*, Québec, Presses de l'Université du Québec.
- Korpi, Walter (2002), «The Great Trough in Unemployment: A Long-Term View of Unemployment, Inflation, Strikes, and the Profit/Wage Ratio», *Politics & Society*, 30(3), p. 365-426.
- Lafrance, Xavier (2007), *Class Struggle and the Economic Downturn of the 1970s in the West* (Major Research Paper, unpublished), York University.
- Lesemann, Frédéric (1981), *Du pain et des services*, Laval, Éditions coopératives Albert Saint-Martin.
- McNally, David (2013), *Panne globale. Crise, austérité et résistance*, Montréal, Écosociété.
- Navarro, Vicente (1976), *Medicine Under Capitalism*, New York, Prodist.
- Plourde, Anne (2018), *État-providence et système socio-sanitaire au Québec. Les CLSC comme étude de cas d'une analyse matérialiste et dialectique de l'État démocratique dans la société capitaliste* (Thèse de doctorat), UQAM.
- Plourde, Anne (2016), «La santé communautaire à la lumière du modèle de la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles», in Valérie Desgroseiller, Nicolas Vonarx, Anne Guichard et Bernard Roy (dir.), *La santé communautaire en quatre actes. Repères, acteurs démarches et défis*, Québec, Presses de l'Université Laval, p. 24-28.
- Plourde, Anne (2014), «Santé et capitalisme : ce que nous apprend le cas des CLSC», *Nouveaux cahiers du socialisme*, (12), p. 128-139.
- Québec, ministère des Affaires sociales (1981, avril), *Le réseau des CLSC au Québec. Un parachèvement qui s'impose*.
- Québec, ministère des Affaires sociales (1972a), *Politique en matière de santé du MAS. Document de travail du MAS*.
- Québec, ministère des Affaires sociales (1972b), *Les Centres locaux de services communautaires*.
- Rouillard, Jacques (2004), *Le syndicalisme québécois. Deux siècles d'histoire*, Montréal, Boréal.



Coopératives communautaires italiennes

Le «*Welfare rural*» et la renaissance des campagnes¹

Fabio Berti
 professeur de sociologie
 Université de Sienne

Les communautés rurales italiennes qui sont relativement éloignées des grands centres peuvent vivre des problèmes chroniques : chômage, exode des populations, vieillissement, manque de services, sous-utilisation des terres et des ressources naturelles (ou mauvaise utilisation dans le cas de la monoculture de type industriel) et, dans certains cas, projets de développement industriel non agricoles qui ont échoué. Dans le présent texte, je fournis certaines pistes pour repenser ces communautés rurales, notamment en lien avec la notion de «*welfare rural*» et le développement de coopératives communautaires.

Le territoire italien se distingue par la présence de zones rurales et montagneuses fort diversifiées. L'hétérogénéité de ces régions en ce qui concerne les conditions naturelles, la biodiversité et la variété de microclimats, contribue à une différenciation significative de produits agricoles et donne lieu à une offre gastronomique riche et variée. L'ensemble de ces caractéristiques offre plusieurs avantages à ces territoires qui, dans la littérature actuelle, sont définis comme des «zones internes italiennes» (*aree interne italiane*, Barca et al., 2014). Ces zones se distinguent aussi cependant par le dépeuplement, le vieillissement de la population et un marché de travail fragile. Elles sont aussi souvent éloignées des «pôles» d'attraction régionaux que sont les villes où se trouvent les trois services dits «primaires» (écoles secondaires (jusqu'à 19 ans), services de santé avec premiers secours spécialisés et département d'urgences et un service de transport ferroviaire).² Ces zones couvrent 60 % du sol national italien et comprennent 53 % des communes dans lesquelles vivent 23 % de la population.

Dans le présent texte sont abordées la percep-

tion des communautés rurales et urbaines dans la sociologie classique et les approches promues à travers le temps en termes de développement rural. Sont traités aussi la situation actuelle et les problèmes qui se posent, dont les effets dévastateurs sur le travail en milieu rural des conditions d'exploitation et de précarité de la main-d'œuvre agricole, ainsi que les pistes actuelles pour repenser la ruralité, dont la mise en valeur des communautés locales et de leurs ressources, notamment, par le développement de coopératives communautaires.

Différentes théorisations de la notion de «*welfare*» sont appliquées aux contextes ruraux. Je propose le concept de «*Welfare rural*» comme moyen de repenser le rôle du *Welfare State* par rapport à la ruralité (Berti, 2017b). Dans un premier temps, afin de bien situer ces enjeux par rapport à un cas concret, sont présentés les résultats d'une enquête terrain que j'ai menée sur une coopérative communautaire qui a vu le jour dans un petit village en Toscane, Monticchiello (Berti 2017a).

Monticchiello et son Teatro povero

Monticchiello est un village avec moins de 300 habitants dans le sud de la Toscane, en plein Val d'Orcia.³ Aujourd'hui connu à travers le monde grâce au succès de son *Teatro povero* (Andrews 1998), Monticchiello a vécu un passé de misère et de pauvreté. À partir de la fin des années 1950, l'ancien système d'exploitation agricole, le métayage (*mezzadria*), où celui qui loue la terre doit redonner, en contrepartie, une partie de sa production au propriétaire, tire à sa fin. Ce système a été largement diffusé en Val d'Orcia, comme dans une bonne partie de la Toscane et du centre de l'Italie, depuis des siècles et a eu des effets bien au-delà du rapport entre propriétaire terrien et cultivateur

«La naissance de la coopérative communautaire [...] a mis à la disposition de la communauté toute une série de possibilités»

(Silverman 1970). La fin de ce système, de même que le développement de l'agriculture intensive, l'absence de manufactures, l'éloignement des services les plus importants (hôpitaux, écoles, moyens de transport) et la volonté d'émancipation des populations rurales qui pensaient trouver leur bien-être en se déplaçant massivement vers les villes, ont laissé Monticchiello dans un état de quasi-abandon.

C'est dans ce contexte qu'est né le *Teatro povero* en 1967, théâtre qui a permis aux personnes qui restaient de réfléchir sur leur propre vie, sur le rapport entre la ville et la campagne et, à un niveau plus général, sur les changements sociaux apportés par la modernité. Les résidents de Monticchiello ont écrit et présenté des textes renouvelés chaque année, s'arrêtant de temps en temps (pendant la performance) sur des problèmes locaux ou des questions globales avec l'intention d'offrir à la communauté l'opportunité de réfléchir sur sa propre identité et transformation. Il s'agit d'un spectacle choral, pensé, écrit et récité par les habitants de Monticchiello, à travers une expérience de théâtre participative (Berti 2017a).⁴

De cette initiative est née la *Coopérative de la communauté de Monticchiello*, qui donne du travail à deux personnes qui, en plus du théâtre et de la gestion de son musée, *Tepotratos*, s'occupent d'un kiosque à livres (unique sur le territoire), de l'Office du tourisme, d'un petit centre internet avec assistance pour permettre aux aînés d'accéder au réseau, de services sociosanitaires, d'un service de distribution pharmaceutique (il n'y a pas de pharmacie dans les environs), d'une petite bibliothèque et d'un petit marché.

Comme l'a expliqué en entrevue une des personnes qui utilise ces services : «la coopérative a été créée parce que soutenue par les moyens provenant du théâtre, à travers une organisation qui a pu traduire ces moyens en services pour les citoyens. Les services que nous offrons seraient impossibles selon la philosophie du marché, parce qu'à Monticchiello il n'y a pas un nombre suffisant de personnes pour maintenir sur pied toute cette activité». La coopérative gère aussi un restaurant ouvert pendant la «saison théâtrale» ou en fonction de l'initiative de particuliers. Le théâtre fournit ainsi du travail à de nombreux jeunes de la région. Dès le moment où les personnes impliquées dans la cuisine et le service aux tables ont pu être rémunérées de manière régulière pendant les premières années de l'activité théâtrale, la gestion s'est détournée

du recours aux bénévoles.

La naissance de la coopérative communautaire et sa capacité à gérer conjointement des activités rémunératrices (théâtre, restaurant) et d'autres qui ne le sont pas (centre internet, service de distribution pharmaceutique, etc.), a mis à la disposition de la communauté toute une série de possibilités. Ainsi, les aînés retrouvent les services minimaux nécessaires pour rester dans le village, tandis que les jeunes ont trouvé des perspectives de travail sans avoir à se déplacer vers les villes. Comme toutes les coopératives communautaires, celle-ci représente une expérience à petite échelle, difficilement répliquable ailleurs dans son entièreté, mais représentative de comment il est possible de produire des services et des occasions de développement et de solidarité dans les zones internes du pays à vocation rurale.

Nostalgie et développement

Le sort de Monticchiello et l'avenir de nombreuses communautés rurales en Italie et ailleurs, peuvent être considérés à la lumière d'une tradition sociologique qui constate la transition rapide entre un monde où les «communautés» rurales prédominaient et un autre marqué par l'urbanisation galopante.

Avant la Première Guerre mondiale, se démarque un courant de pensée – représenté notamment par Tönnies – qui valorise les communautés rurales du passé pour la qualité de la vie et des rapports sociaux qui les caractérisent, comparativement aux grandes villes. À la campagne, selon Tönnies, «tout le monde se connaît» et les relations humaines sont plus «chaleureuses». Pour Simmel, il y a une «frénésie» et une «vie nerveuse» épuisante dans les métropoles, comparativement aux villes de province. Il parle aussi de l'esprit compétitif qui caractérise les métropoles et de la superficialité des relations entre les individus qui y vivent. La solitude et une diversité de problèmes sociaux dans les grandes villes industrielles sont également soulignées par Durkheim et reprises par l'École de Chicago dans les années 1920.

Il y a ici deux tendances : une qui se distingue par une certaine nostalgie pour une vie communautaire en voie de disparition (avec une idéalisation du passé et parfois une vision utopique d'un retour à ces conditions perdues) et l'autre qui se veut plus objective et scientifique et qui ne fait que constater des transformations sociales et le passage vers un autre mode de vie.



cmca mxxvii

Cette deuxième tendance peut être aussi marquée cependant par une certaine valorisation du «progrès» ou de l'«amélioration» (sociale, technique, humaine) dont les communautés urbaines sont les témoins, valorisation qui continue au XXe siècle avec les notions de «développement» et de «sous-développement».

Après la Deuxième Guerre, l'idée que plusieurs communautés rurales sont chroniquement sous-développées (en termes, par exemple, de la qualité de vie, des possibilités de travail et de la disponibilité des services) comparativement aux grands centres, donne lieu à une vision négative et même fataliste de ces communautés, parfois vues comme étant condamnées à disparaître. L'exode massif des populations rurales italiennes après la guerre vers les grandes villes, les régions industrielles du nord du pays et l'étranger, ne fait que renforcer cette impression que l'avenir ne passe pas par les campagnes.

Pourtant, non seulement le quart de la population italienne reste toujours dans ces communautés relativement éloignées des grands centres, mais les problèmes croissants des grandes villes en termes de chômage, de pauvreté au travail et de conditions de vie, entre autres, ont amené d'autres perspectives sur le potentiel du développement de ces communautés.

Valorisation

Certains indicateurs de qualité de vie aux niveaux national et européen suggèrent récemment qu'il y a autant de communautés rurales avec des indicateurs de qualité de vie supérieurs à ceux des villes, qu'il y en a avec des indicateurs inférieurs. D'un côté, les régions rurales ont tendance à être en moyenne plus pauvres que les régions urbaines, mais de l'autre, les indicateurs sur la qualité de vie montrent que, surtout dans les pays les plus riches, on vit mieux dans les régions rurales (Eurofound, 2014). Nous voyons même en Europe un ralentissement du taux d'urbanisation qui, dans certains cas, se traduit par le repeuplement des régions rurales. En Europe, le télétravail, le travail à la maison et les bureaux «satellites» sont en augmentation, avec une «classe créative» en croissance, faite d'architectes, d'ingénieurs et d'artistes qui décident de déménager en zone rurale pour avoir une meilleure qualité de vie. Ceci arrive surtout dans les pays avec un bon réseau de transport (OCSE, 2006). Un haut risque de gentrification est ainsi présent (Com-

mission européenne, 2013).

En Italie, l'Agence nationale pour la cohésion du territoire (*Agenzia per la coesione territoriale*) a aussi pris position pour de nouvelles approches en développement rural. Elle regrette la réduction de l'utilisation des terres et des forêts depuis la Deuxième Guerre et la marginalisation des populations rurales. Elle souligne également la nécessité de contenir l'exode des populations vers les grands centres et d'axer le développement local sur l'augmentation de leur «bien-être» et sur l'inclusion sociale. Afin de favoriser le développement rural, il est nécessaire de prendre en considération la complexité de ces territoires ainsi que les processus à l'œuvre impliquant de multiples dimensions (écologique, technologique, politique, administrative et sociale, en plus de la dimension économique), de multiples acteurs (au-delà des agriculteurs et autres partis intéressés) et de multiples niveaux. La concertation concernant tous ces sujets passe par la reconnaissance du rôle dévolu aux institutions et administrations locales (Van der Ploeg, 2006).

Dans le contexte italien, il faut aussi apprendre des erreurs du passé, notamment en ce qui concerne des tentatives de développement industriel qui ont souvent échoué, n'étant pas en mesure de garantir de bonnes conditions de travail pour les populations locales et laissant derrière elles des bâtiments désaffectés et un environnement dégradé. Dans le contexte actuel, la monoculture de la vigne (entre autres) pose problème, non seulement sur le plan écologique, mais parce qu'elle est caractérisée par des conditions de travail que Ambrosini (2005) décrit comme étant «lourdes», «dangereuses», «précaires», «sous-payées» et «socialement pénalisantes» (les cinq «p» : *pesanti, pericolosi, precari, poco pagati, penalizzanti sozialmente*) et qu'elle fait appel à l'utilisation massive d'une main-d'œuvre immigrée, souvent irrégulière, qui se voit dans l'obligation d'accepter ces conditions.

Plusieurs suggèrent qu'il faut repenser radicalement le «Welfare State», en lien avec ce qu'on appelle le «deuxième welfare», le «welfare de proximité» ou le «welfare fondé sur la communauté». De mon côté, je propose le concept de «welfare rural», c'est-à-dire, un concept de welfare appliqué spécifiquement aux communautés rurales relativement éloignées des grands centres. Au cœur de cette conception se trouve la valorisation des communautés et de leurs ressources, la participation des citoyens dans le développement de projets, des innovations dans l'utilisation des terres agricoles et des forêts –

dont le rejet de l'agriculture industrielle et le développement de l'approche biologique, avec une haute utilisation de main-d'œuvre, la valorisation et le développement de l'artisanat local, le renforcement (ou la mise sur pied) des services sociaux et de santé, l'amélioration des réseaux de transport et, dans certains cas, le développement du tourisme durable.

Il y a une certaine urgence à aller de l'avant avec ces projets avant que d'autres acteurs (externes à la région ou au pays) imposent l'expropriation des populations locales et un contrôle économique et politique, avec le risque de nouvelles expulsions. Il y a aussi urgence à développer des opportunités en matière de travail (ou d'emploi) avec de bonnes conditions, permettant de contrer l'exode des jeunes. Mais quel type de travail ou d'emploi? La clé est de partir avec des petits projets, fondés sur une approche participative à la base, tout comme dans le cas de Monticchiello. En même temps, il faut penser ces projets dans une optique d'autonomie et de pérennité comme l'a souligné Magnaghi (2000). Le développement local, selon lui, doit être fondé sur les «valeurs locales» en termes culturels, sociaux, productifs, territoriaux, environnementaux et artistiques. Il parle d'une «renaissance politique et culturelle».

Histoires particulières

La diffusion des «coopératives communautaires» en Italie représente une des réponses les plus intéressantes aux processus d'appauvrissement, de dépopulation et d'abandon des zones rurales. À l'instar de celle de Monticchiello, ces coopératives sont en train d'émerger dans des contextes où il y a absence de services ou des services de qualité insuffisante. Elles se mettent de l'avant comme des «sujets» capables de répondre aux divers besoins de la collectivité, rendant la communauté locale active dans les différentes phases de la conception, promotion et gestion de toute une série de services et d'activités. Leur structure auto-organisationnelle, participative et mutualisée renforce la cohésion et le capital social d'une communauté, sans diminuer sa prospérité économique.

Il s'agit d'un phénomène qui est en continuité avec l'expérience coopérative développée au dix-neuvième siècle, même si les coopératives communautaires actuelles assument des traits spécifiques. Dans le passé, les systèmes coopératifs étaient davantage orientés dans l'intérêt de certaines catégories ou groupes à l'intérieur de la société.⁵ Les coopératives communautaires sont davantage «au service» d'une collectivité dont la composition est hétérogène et elles ont



cmca mmxv

REGARDS

«Penser en termes de «welfare rural» nécessite le développement d'approches distinctes par rapport à celles développées en milieu urbain»

tendance à inclure tous les individus sans distinction, travaillant pour le bénéfice de tout le territoire (Moro, 2015). Cette dimension locale ou territoriale fait partie intégrée de l'activité coopérative moderne : «le lien avec le territoire représente un important facteur de compétitivité par rapport à d'autres modèles d'action» (Bodini *et al.*, 2016 :23).

En plus d'avoir des objectifs liés à la régénération du tissu socio-économique rural et à la création de valeurs autant économique que sociale, les coopératives communautaires se distinguent par le fait qu'elles comprennent des activités multisectorielles, allant de l'agriculture au tourisme, de la production locale à la protection environnementale, du commerce à la production d'énergie renouvelable. Cette logique multifonctionnelle permet, d'un côté, de répondre à la réalité diversifiée des besoins de la collectivité et de l'autre, d'élargir le panorama d'occupations offertes aux associés. L'offre d'emploi et l'insertion au travail des participants font partie des principales missions de ces coopératives. Les membres ne sont pas juste des bénéficiaires des services offerts, mais aussi les producteurs de ces services, selon la logique de la coproduction.

Les coopératives communautaires italiennes sont d'origine récente et ne connaissent pas encore une grande diffusion. Leur nombre augmente cependant rapidement. Bandini *et al.* (2015) en ont identifié 24 en 2014, avec une concentration particulière en Liguria et Emilia Romagna. Chacune d'entre elles a des caracté-

ristiques distinctes selon son histoire particulière, avec une variabilité en termes de constitution, de structure interne, de gouvernance, d'objectifs et de secteurs d'activité. Il n'y a pas ainsi un type spécifique de «coopérative communautaire» et il n'existe pas encore une reconnaissance juridique comme telle au niveau national – un manque qui est symptomatique de la difficulté d'actualiser la relance des zones rurales. Devant l'absence d'une telle reconnaissance, quelques régions se sont donné elles-mêmes des lois destinées à stimuler la naissance de coopératives.⁶ Au niveau régional, l'idée que les coopératives communautaires représentent un pilier important pour renforcer les territoires les plus fragiles du pays est largement partagée.

Projets de vie alternatifs

Penser en termes de «welfare rural» nécessite le développement d'approches distinctes par rapport à celles développées en milieu urbain. Les coopératives communautaires constituent un exemple concret d'une telle approche. Elles sont en mesure d'offrir des emplois dans des territoires où le taux de chômage est élevé et mettent à la disposition de collectivités marginalisées d'un point de vue spatial, des services indispensables pour leur viabilité. Certaines zones rurales ne constituent cependant pas de «communautés» dans le sens de posséder un réseau de relations sociales bien développées. Dans ces cas, le développement de coopératives communautaires peut nécessiter un travail préalable de retissage des liens sociaux,

l'expérience du *Teatro povero* à Monticchiello étant exemplaire à cet égard. Il y a aussi des zones rurales caractérisées par des rapports conflictuels et pour lesquelles une vision partagée fait défaut, ce qui peut rendre difficile la naissance de telles coopératives (Berti, D'Angelo, 2018).

Les principes du «welfare rural» mentionnés auparavant – principes qui sous-tendent les coopératives communautaires italiennes – permettent ainsi la création de liens inédits entre entreprises, résidents et nouveaux arrivants dans les territoires ruraux concernés, tout en rendant ces territoires attrayants pour des populations en milieu urbain qui souhaitent développer des projets de vie alternatifs en dehors des villes (Moruzzo et al., 2018).

Notes

1. Texte traduit de l'italien par Christopher McAll.
2. Selon la distance entre les communes ou agglomérations habitées en Italie et un centre où se retrouvent les trois services mentionnés, les zones internes sont classifiées comme suit : «zones intermédiaires» là où la distance à parcourir en automobile pour atteindre un pôle de services prend entre 20 et 40 minutes; «zones périphériques» (40 à 75 minutes); «zones ultrapériphériques» (plus de 75 minutes) (*Agenzia per la coesione territoriale*, 2013).
3. Le Val d'Orcia fait partie des territoires désignés «patrimoine mondial» de l'Unesco depuis 2004 : «Le paysage de la vallée de l'Orcia fait partie de l'arrière-pays agricole de Sienne, redessiné et aménagé lors de son intégration dans le territoire de la ville aux XIVe et XVe siècles de façon à refléter un modèle de bonne gouvernance, tout en créant une image esthétiquement agréable [...] avec ses plaines de craie d'où s'élèvent des collines presque coniques, au sommet desquelles se regroupent des peuplements fortifiés». (<https://whc.unesco.org>)
4. Voir <http://teatropovero.it/en/>.
5. Depuis ses origines, le monde coopératif a impliqué des catégories particulières de la population qui décident de «s'associer» pour en tirer des avantages réciproques et faire face aux risques générés par le marché capitaliste dominant (Mazzoli, Zamagni, 2005).
6. Les régions qui ont adopté des normes régissant le développement de coopératives communautaires sont diverses, tout comme les normes adoptées elles-mêmes. Quelques-unes de ces régions (Puglia, Liguria, Abruzzo) ont adopté des lois spécifiques, pendant que d'autres (Basilicata, Emilia Romagna, Lombardie, Toscane) ont inséré des articles dédiés aux coopératives communautaires dans les lois régionales sur la coopération.

Références

Agenzia per la coesione territoriale (2013), *Le aree interne: di quale territori parliamo? Nota esplicativa sul metodo di classificazione delle aree*, <http://www.agenziacoesione.gov.it>

Ambrosini M. (2005), *Sociologia delle migrazioni*,

- Bologna, il Mulino.
- Andrews R. (1998), *Theatre of Community Memory: Tuscan Sharecropping and the "Teatro Povero di Monticchiello"*, London, Routledge.
- Bandini F., Medei R., Travaglini C. (2015), «Territorio e persone come risorse: le cooperative di comunità», *Impresa sociale*, 5, pp. 19-35.
- Barca F., Casavola P., Lucatelli S. (2014) «Strategia per le aree interne. definizione, obiettivi, strumenti e governance», in *Materiali UVAL*, 31.
- Berti F. (2017a), «Da un Teatro povero ad una "comunità ricca". Forme di "resistenza" in un borgo del sud della Toscana», in *Culture della Sostenibilità*, 19.
- Berti F. (2017b), «Per un welfare rurale in Toscana: riflessioni teoriche, implicazioni empiriche», in F. Berti, A. Bilotti et L. Nasi, *Volontariato e welfare rurale: uno studio per progettare nuovi servizi*, Cesvot Edizioni, Firenze, 2017, p. 13-45.
- Berti F., D'Angelo A. (2018), «Cooperative di comunità e valorizzazione delle aree interne: l'esperienza di Gerfalco», in *Culture della Sostenibilità*, 22.
- Bodini R., Borzaga C., Mori P. Salvatori G., Sforzi J. Zandonai F. (a cura di) (2016), *La cooperazione di comunità. Azioni e politiche per consolidare le pratiche e sbloccare il potenziale di imprenditoria comunitaria*, Trento, Euricse.
- Commission européenne (2013), «Overview of CAP* reform 2014-2020», in *Agricultural Policy Perspectives Brief*, 5, dicembre.
- Eurofound (2014), *Quality of life in urban and rural Europe*, Luxembourg, Publications Office of the European Union.
- Magnaghi, A. (2000), *Il progetto locale*, Torino, Bollati Boringhieri.
- Mazzoli E, Zamagni S. (a cura di) (2005), *Verso una nuova teoria economica della cooperazione*, Bologna, il Mulino.
- Mori P. A. (2015), *Comunità e cooperazione: l'evoluzione delle cooperative verso nuovi modelli di partecipazione democratica dei cittadini alla gestione dei servizi pubblici*, Euricse Working Papers, 77 | 15.
- Moruzzo R., Colosimo V., Di Iacovo F. (2018), *Welfare rurale e agricoltura sociale: tra innovazione di significato, rigenerazione di comunità e usi strumentali*, Paper presentato al convegno *Oltre la continuità. Le sfide del welfare in un mondo globale*, Firenze, 13-15 settembre 2018.
- OCSE (2006), *Investment priorities for rural development*, Paris, OCSE..
- Silverman, S.F. (1970), «Exploitation in Rural Central Italy : Structure and Ideology in Stratification Study», in *Comparative Studies in Society and History*, 12(3).
- Simmel, G. (2013), *Les grandes villes et la vie de l'esprit*, Payot, Paris.
- Tönnies F. (1977), *Communauté et société*, Paris, Retz-Centre d'Études et de Promotion de la Lecture.
- Van der Ploeg, J.D. (2006), «Esiste un nuovo paradigma di sviluppo rurale?» in A. Cavazzani, G. Gaudio et S. Sivini (a cura di), *Politiche, governance e innovazione per le aree rurali*, Esi, Napoli, pp. 343-351.
- Van der Ploeg, J.D. (2008), *The New Peasantries. Struggles for Autonomy and Sustainability in an Era of Empire and Globalization*, London, Earthscan.

Espaces pour être



DOSSIER

L'intervention en milieu de vie
Diagnostics et groupes d'entraide
Une recherche-action participative sur les préjugés

cmca mmxvii

L'intervention en milieu de vie et la santé mentale des jeunes

Côte à côte

DOSSIER



cmca mmxvii

Nadia Giguère,
Chercheure universitaire en établissement
CREMIS et CIUSSS CSMTL
Professeure associée,
Département de médecine de famille et de médecine
d'urgence, Université de Montréal

Jean-Baptiste Leclercq
Chercheur universitaire en établissement,
CREMIS et CIUSSS CSMTL
Professeur associé
Département de sociologie, Université de Montréal

Cécile Van de Velde
Professeur agrégée
Département de sociologie
Université de Montréal
Membre du CREMIS

Emilie Proteau-Dupont
Doctorante
École Nationale d'Administration Publique

Pearce Simamonika
Candidat à la maîtrise
Département de sociologie, Université de Montréal

Rémi Fraser
Coordonnateur au développement des pratiques
Regroupement des Auberges du cœur du Québec

Au Québec, la santé mentale des jeunes inquiète. Une étude de l'*Institut de la statistique* révèle que les jeunes de 15 à 24 ans sont plus sujets que les autres tranches de la population à se situer à un niveau élevé de détresse psychologique (Baraldi et al. 2015). Pour le Canada, l'*Institut canadien d'information sur la santé* a pour sa part documenté une hausse de 23 % en six ans de la proportion de jeunes ayant reçu des médicaments pour traiter les troubles anxieux ou de l'humeur et une hausse de 45 % de jeunes utilisant des antipsychotiques (ICIS, 2015).

Dans les trente *Auberges du cœur* du Québec, qui offrent un hébergement transitoire pour jeunes adolescents et jeunes adultes en difficulté ou en situation d'itinérance, une grande proportion des jeunes hébergés – jusqu'à 70 % dans certaines auberges – font également face à des problèmes de santé mentale et sont médicamentés.¹ Ce sont ces jeunes qui font l'objet du présent texte. Les résultats présentés ici sont fondés sur un projet de recherche effectué en 2018 dans deux Auberges du cœur. Il s'agissait de documenter les réalités vécues par les jeunes résidents en situation de rupture familiale ou d'itinérance au regard des problématiques de santé mentale, ainsi que de recueillir le point de vue des intervenant.e.s accompagnant ces jeunes au sujet des défis rencontrés et des stratégies développées pour y faire face. Dans le présent article, nous nous appuyons principalement sur les entrevues de groupe menées auprès des intervenant.e.s, tout en relevant certains témoignages de jeunes rencontrés en entrevue, afin de mieux comprendre les enjeux actuels en santé mentale et les pratiques d'accompagnement.²

Le manque

Les intervenant.e.s rencontré.e.s ont une posture critique face à des diagnostics qui sont souvent posés, à leur avis, trop rapidement. Par exemple, des problèmes de santé mentale qui sont généralement diagnostiqués à la mi-vingtaine sont souvent diagnostiqués en plus bas âge, alors que les jeunes sont toujours en développement. Dans d'autres cas, les habitudes de consommation de substances des jeunes peuvent confondre les psychiatres, qui vont médicamenteusement à long terme pour une psychose dite d'origine toxique³ : «Le psychiatre, qui ne les suit pas, qui ne les connaît pas, puis qui les voit en psychose, les fait ressortir le lendemain parce qu'ils vont mieux. Ils se sont reposés un tout petit peu.

Mais ils ressortent avec une médication. C'est vraiment un cercle vicieux.

Des jeunes résidents des Auberges rencontrés déplorent aussi que des médecins posent des diagnostics après quelques minutes de consultation, sans connaître leur historique. Ce contexte clinique peut expliquer, dans certains cas, la non-appropriation du diagnostic par les jeunes. Ces derniers ont plutôt tendance à expliquer leurs problèmes de santé mentale par leur contexte de vie difficile et soulignent l'importance d'un suivi psychosocial en complémentarité avec le suivi médical.

Les intervenant.e.s témoignent aussi du manque de services psychologiques ou psychosociaux gratuits et accessibles dans des délais raisonnables.⁴ À cet égard, ils et elles dénoncent le fait que pour avoir accès à des services, les jeunes doivent se retrouver en situation de crise, comme l'explique un intervenant : *«Un jeune qui a fait une crise se ramasse, par exemple, aux urgences psychiatriques. Eh bien l'urgence le sort en disant : "il a déjà un filet de sécurité, il est chez vous". [...] C'est nous qui demandions de l'aide, puis eux nous les renvoient en disant qu'on est le filet de sécurité. Mais on n'est pas équipé».*

Face à ce manque de ressources, les intervenant.e.s se construisent un réseau de services «à la pièce». Ils peuvent finir ainsi par développer des liens avec un psychiatre d'une clinique sans rendez-vous, par inviter une infirmière mobile à venir offrir périodiquement des services à l'Auberge, ou par développer des liens avec un service de psychologie dispensé par le milieu communautaire (plus abordable que dans le privé). Ce bricolage de services ne suffit pas et les intervenant.e.s rêvent d'une situation où ils n'auraient pas à jouer de leurs contacts pour assurer un minimum de suivi à ces jeunes, et où, chaque fois qu'il y aurait prescription pour des raisons de santé mentale, de l'information pertinente soit donnée au sujet de la médication et un suivi soit accordé.

Démarche solitaire

Les intervenant.e.s rencontré.e.s notent, par ailleurs, que devant le manque d'explications concernant leur diagnostic, certains jeunes prendraient leur médication sans savoir pourquoi et sans savoir reconnaître ses effets. Les jeunes que nous avons rencontrés mentionnent aussi, de façon générale, avoir eu peu d'information lors de leurs rencontres médicales et peu d'accès à une personne-ressource pour poser

des questions sur leur diagnostic ou leur médication. Ils doivent, en conséquence, faire une démarche solitaire, soit par essai et erreur pour ajuster leur dose, soit en grappillant des informations à gauche et à droite pour avoir des réponses à leurs questions et connaître les ressources existantes.⁵

Au fil de cette démarche solitaire, certains jeunes deviennent des experts de leur médication, et développent des compétences leur donnant une certaine marge de manœuvre. Selon les intervenant.e.s, les jeunes peuvent même, dans certains cas, utiliser volontairement leur médication pour générer un effet psychoactif : *«Ils savent qu'ils n'iront pas dépenser de l'argent dans la rue. Ils vont juste aller chercher la médication qui est couverte par l'aide sociale. Ils consomment gratuitement, ils ne suivent pas la posologie».*

Le développement de cette expertise leur permettrait, dans certains cas, d'obtenir ce qu'ils veulent de la part d'un psychiatre, selon une intervenante au soutien post-hébergement des jeunes : *«[Le jeune se dit] "je le vois [le psychiatre] 10 minutes, il ne me connaît pas, je peux lui dire n'importe quoi." Ils savent comment avoir des pilules. [...] Le discours thérapeutique, ils l'ont, puis ils sont médicamenteux depuis qu'ils sont jeunes, donc ils ont appris : "je vais lui dire ça, puis il va me donner telle affaire"».*

Cette façon pour les jeunes de parler de leur médication de façon «experte» se fait aussi sentir dans leurs interactions avec les intervenant.e.s des Auberges. L'un d'eux a l'impression d'avoir parfois affaire à des *«robots qui disent ce qu'on veut entendre»*. Une de ses collègues constate que cette expertise peut leur faire oublier l'essentiel : *«Il y a des jeunes qu'on a vus qui étaient très très institutionnalisés. Qui ont été dans un Centre jeunesse puis qui ont un langage thérapeutique hyperdéveloppé, plus que nous, qui sont capables de te dire de long en large leur diagnostic, leur médication. Mais lorsque tu demandes ce qu'ils aiment dans la vie, ils ne seront pas capables de te le dire.»*

Selon un autre intervenant : *«Ils sont devenus des spécialistes des médecins, des pharmaciens. Ils connaissent ça par cœur. [...] Mais on dirait qu'ils perdent le sens [...] Qu'ils perdent cette essence-là de "je suis quand même une personne avant d'avoir un trouble de santé mentale"».* D'autres ont l'impression qu'ils peuvent finir par «se cacher» derrière un tel diagnostic pour justifier leurs difficultés et se déspon-

«Intervenir en milieu de vie en partageant le quotidien de ces jeunes permettrait aux intervenant.e.s de bien connaître ces derniers, de créer des liens de proximité avec eux et de vivre des relations moins marquées par un rapport d'autorité»

sabiliser. Dans les entrevues menées auprès des jeunes, pourtant, c'est surtout l'aspect stigmatisant du diagnostic qui apparaît. Mais quelles que soient les différentes expériences des jeunes en lien avec ce diagnostic, qu'il soit intériorisé, «utilisé» comme justificatif ou vécu comme imposé, les intervenant.e.s en milieu de vie disent saisir les occasions qui se présentent dans les interactions quotidiennes pour le mettre en discussion, afin qu'il devienne, pour le jeune, le moins contraignant possible.

Solidarités

Les intervenant.e.s qui travaillent dans les Auberges du cœur estiment offrir aux jeunes une approche moins axée sur la médicalisation et qui serait complémentaire aux services offerts dans le réseau de la santé et des services sociaux. L'accompagnement en hébergement permettrait de sécuriser les besoins de base des jeunes. Le lieu est décrit comme convivial, accueillant et chaleureux pour des jeunes qui ont souvent vécu des placements à répétition, de la violence, des abus et de l'instabilité résidentielle. C'est cette stabilisation qui permettrait à certains jeunes de reprendre le dessus : *«On fournit le toit, la sécurité, la nourriture [...] Le fait de se mettre en action, c'est plus facile quand tu te sens en sécurité que quand tu es à l'extérieur, que tu essaies de te débrouiller, que tu as faim, que tu ne sais pas où tu vas dormir cette nuit».*

Intervenir en milieu de vie en partageant le quotidien de ces jeunes permettrait aux intervenant.e.s de bien connaître ces derniers, de créer des liens de proximité avec eux et de vivre des relations moins marquées par un rapport d'autorité, tout en permettant d'aborder avec eux des questions délicates, comme l'acceptation (ou non) d'un diagnostic ou l'observance de la médication.

Une façon pour les intervenant.e.s d'aborder la question de la médication lors des interventions en milieu de vie est de «normaliser» cette situation en révélant leurs propres problématiques aux jeunes. Une intervenante au soutien post-hébergement raconte : *«C'est tabou, encore [la santé mentale]. [...] Alors c'est de normaliser ça. Tu sais, moi j'ai un problème d'anxiété dans la vie, puis j'ai une médication [...] [Le jeune dit] "Hein? Tu prends des pilules." Bien oui [...] des intervenants ça prend des pilules [...] Je fais de l'anxiété dans la vie, puis j'ai besoin de pilules».* Selon cette intervenante, une telle transparence avec les jeunes peut permettre de dissiper certains tabous qu'il peut encore y avoir autour des

problèmes de santé mentale et mettre la table pour des discussions futures.

Aux yeux des intervenant.e.s, l'intervention en milieu de vie permet également de voir émerger de belles solidarités entre jeunes. Ces derniers sont décrits comme très observateurs et prompts à se soutenir dans les situations difficiles et à échanger trucs et conseils entre eux. Les intervenant.e.s soutiennent les interventions par les pairs, une façon d'intervenir qui a fait ses preuves auprès des jeunes résidents. Selon un intervenant en hébergement, *«l'intervention par les pairs [...] a toujours sa place. Quand ça se présente, moi je me recule, puis je les laisse aller. Ce sont eux qui deviennent les meilleurs intervenants, sans le vouloir».*

L'importance d'échanger avec des personnes qui ont vécu des problématiques semblables revient également dans les entretiens menés avec certains jeunes. Que quelqu'un «comme eux» s'en soit sorti est source de motivation pour certains, tandis que d'autres se donnent eux-mêmes comme mission de partager leur propre expérience, pour redonner au suivant, en inciter d'autres à briser le silence et se construire une image positive d'eux-mêmes.

Réflexivité

L'intervention en milieu de vie peut aussi prendre une tangente plus formelle, par exemple, à travers les interventions récurrentes qui sont faites pour développer la réflexivité des jeunes par rapport à leur prise de médicaments. Dès qu'un jeune arrive avec un nouveau diagnostic ou une nouvelle médication, les intervenant.e.s prennent le temps d'en discuter avec lui, de lui expliquer, au besoin, les effets secondaires de sa médication. Les intervenant.e.s disent avoir également comme stratégie de laisser la médication dans leur bureau, dans un lieu sécuritaire, afin que les jeunes viennent la prendre devant eux. Malgré cela, ils disent laisser les jeunes gérer leur prise de médicaments eux-mêmes, en respectant leur autonomie, mais notent leurs observations sur le plan, par exemple, de la fréquence, de la posologie et des effets secondaires.

Lorsque jugé nécessaire, les intervenant.e.s peuvent faire appel à un médecin ou à un pharmacien pour ajuster une posologie ou obtenir des informations, ou encore pour faire une intervention auprès du jeune. L'idée est de ne pas se positionner en tant «qu'expert du médicament». Les intervenant.e.s sont conscient.e.s de ne pas pouvoir se substituer aux profession-



cmca mmxviii

DOSSIER

nels de la santé. On souhaite plutôt amener le jeune à faire ses propres observations sur sa consommation de médicaments, faisant en sorte, parfois, qu'il change ses comportements. Cela peut aussi le conscientiser à l'idée qu'il est en droit de poser des questions à son médecin, d'obtenir des informations. De la même façon, la sensibilisation à l'importance des médicaments se fait lorsqu'un jeune décide par lui-même de cesser sa médication. L'intervenant.e l'incitera alors à en parler à son médecin d'abord, pour être guidé dans le processus et faire les choses de façon modérée, au besoin.

Se définir autrement

Les jeunes, tout comme les intervenant.e.s, insistent sur le manque de services et de suivi pour les jeunes souffrant de problèmes de santé mentale. Selon des intervenant.e.s en hébergement transitoire, cette inadéquation des services conduit les jeunes à devoir se débrouiller seuls. Si ce parcours solitaire peut mener au développement d'une forme d'expertise de leur diagnostic et de leur médication, les intervenant.e.s se donnent aussi comme mission d'accompagner les jeunes dans le développement de cette expertise. Or, le fait d'être une ressource «en milieu de vie» donne une couleur particulière à cet accompagnement.

Partager les activités de tous les jours avec ces

jeunes et interagir avec eux sur une base autre que «médicale» peut contribuer au développement d'un lien de confiance et aider les jeunes à dépasser le stigma souvent associé à un diagnostic et à se percevoir autrement que par le biais de leurs problématiques de santé mentale. Ce type d'accompagnement donne aussi la possibilité de pallier le manque d'information, en incitant les jeunes à s'interroger et à se documenter sur le diagnostic, à s'informer auprès des professionnels de santé quant aux effets des médicaments, et ce, afin d'obtenir une médication plus adéquate, lorsque nécessaire, ou à la prendre de façon plus adéquate dans certains cas.⁶

Le travail de ces intervenant.e.s met ainsi l'accent sur le développement d'une posture réflexive et critique des jeunes par rapport à leur problématique de santé mentale. Le constat que des jeunes puissent se définir par leurs problèmes de santé mentale fait fortement réagir les intervenant.e.s. En réaction à cette intériorisation du diagnostic, mais également en réponse à la stigmatisation des jeunes en lien avec un tel diagnostic, les intervenant.e.s favorisent les échanges entre jeunes ayant vécu des expériences semblables et amènent les jeunes à prendre du recul en faisant la distinction entre leurs caractéristiques intrinsèques et le diagnostic qui a pu être posé.

Le témoignage d'un des jeunes rencontrés re-

flète bien le type d'accompagnement privilégié : «*Ils ne sont pas là nécessairement pour faire la job à ta place, mais ils te donnent les outils [...] Puis des fois, ils vont juste marcher côte à côte avec toi. Tu sais, pour imaginer un peu comment je vois ça [...] quand tu dévies du chemin, hop ils traversent par le bois et [disent] "c'est par ici, c'est par ici" [...] Tu lui poses des questions, mais juste en parlant, il va te faire prendre des prises de conscience par toi-même*». Ce témoignage est celui d'un jeune homme qui s'est retrouvé à trois reprises au cours des dernières années en hébergement transitoire dans une Auberge du cœur, une ressource qui a joué un rôle crucial dans sa vie.

À travers ces stratégies d'accompagnement en milieu de vie, complémentaires aux rôles que peuvent jouer d'autres intervenant.e.s du réseau de la santé et des services sociaux, les intervenant.e.s des Auberges prennent la mesure de l'importance du rôle qu'ils peuvent jouer dans la trajectoire de ces jeunes, pour les aider à se réapproprier leur pouvoir d'agir. Mais les intervenant.e.s nous font part aussi de leur propre sentiment de solitude. Devant le manque de ressources et de services, ils doivent «bricoler», mettre en place différentes stratégies pour combler ce manque, ce qui donne lieu à une multiplicité de pratiques qui varient au gré de leurs propres expériences et des différentes configurations locales de services. Un bricolage somme toute fragile, et qui illustre la nécessité de politiques plus conséquentes en lien avec les enjeux actuels concernant la santé mentale des jeunes.

Notes

1. Une enquête réalisée à l'interne par le *Regroupement des Auberges* a révélé que dans plus de la moitié des Auberges membres, de 40 à 70 % des jeunes hébergés prennent de la médication en lien avec un diagnostic en santé mentale (Ouimet-Savard, 2016).
 2. Le *Regroupement des Auberges du cœur du Québec* regroupe 30 Auberges réparties dans 10 régions du Québec. Celles-ci offrent un hébergement transitoire pour jeunes adolescents et jeunes adultes en difficulté ou en situation d'itinérance. La collecte des données s'est déroulée de février à mars 2018, dans deux Auberges de Montréal et Drummondville. Quinze entrevues individuelles ont été menées auprès de jeunes résidents ou ex-résidents (8 à Montréal et 7 à Drummondville), ainsi que 2 groupes de discussion regroupant en tout 21 jeunes (15 à Montréal et 6 à Drummondville). 14 intervenant.e.s accompagnant les jeunes en hébergement transitoire ou en soutien post-hébergement ont également été rencontré.e.s lors de deux groupes de discussion (7 à Montréal et 7 à Drummondville).

3. Trouble psychotique secondaire à la consommation d'une substance.
 4. Dallaire *et al.* (2012) et Lafortune (2006) arrivent au même constat
 5. Cet impératif pour des jeunes en situation de rupture familiale ou de situation d'itinérance de devoir se débrouiller seul devant le manque criant de services a également été documenté par Dallaire *et al.* (2012) dans une étude menée dans les Auberges du cœur de Québec et de Chaudière-Appalaches.
 6. Cela rejoint en partie les constats de l'étude de Bouchard et Lafortune (2006), dans laquelle les chercheurs constatent que les éducateurs employés dans les établissements des Centres jeunesse de Montréal et de Laval se donnent comme triple mission de développer l'autonomie des jeunes par rapport à leur médication, de les informer et de les responsabiliser par rapport «aux conduites d'observance».

Références

- Baraldi, Rosanna, Katrina Joubert et Monique Boredeau (2015), *Portrait statistique de la santé mentale des Québécois. Résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale 2012*, Institut de la statistique du Québec, 135 p.
- Bouchard, Rachel et Denis Lafortune (2006), «Perceptions des éducateurs quant à la prise de médicaments psychotropes par les adolescents placés en centres jeunesse dans la région montréalaise», *Drogues, santé et société*, 5(1), p. 105-137.
- Dallaire, Bernadette, Pierre Gromaire, Michael McCubbin, Mélanie Provost et Lucie Gélinau (2012), *Les réponses aux besoins des jeunes hébergés dans les Auberges du cœur de Québec et Chaudière-Appalaches : Comment viser l'affiliation sociale dans un contexte de médicalisation des problèmes psychosociaux?* Rapport de recherche du Groupe de recherche sur l'inclusion sociale, l'organisation des services et l'évaluation en santé mentale, CSSS de la Vieille-Capitale, 185 p.
- Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) (2015), *Les soins aux enfants et aux jeunes atteints de troubles mentaux*, Ottawa, 40 p.
- Lafortune, Denis (2006), «Médicaments psychotropes et placement des jeunes en centres de réadaptation», dans Johanne Collin, Marcelo Otero et Laurence Monnais (dirs.), *Le médicament au cœur de la socialité contemporaine*, Montréal, Presses de l'Université du Québec, p. 223-245.
- Ouimet-Savard, Tristan (2016), «Naissance du Mouvement Jeunes et santé mentale – C'est fou la vie, faut pas en faire une maladie!», *Revue du CREMIS*, 9(2), p.16-21.
- Regroupement des Auberges du cœur du Québec (2006), *La médicalisation des difficultés des jeunes. Synthèse de la journée d'échanges et de réflexion*. Organisé par le Comité de Défense des droits et le Regroupement des Auberges du cœur le 16 mars 2006.

Diagnostiques et groupes d'entraide dans la trajectoire de soins en santé mentale

Faire la preuve de sa crédibilité

DOSSIER



cmca mmxviii

Baptiste Godrie,
chercheur universitaire en établissement,
CREMIS et CIUSSS CSMTL
Professeur associé
Département de sociologie
Université de Montréal

Camille Rivet,
étudiante à la maîtrise,
Département de sociologie
Université de Montréal

La crédibilité de la parole des patient.e.s est une dimension centrale des interactions en santé et services sociaux. C'est le constat qui sort d'une recherche en cours à Montréal et à Grenoble sur les multiples visages de l'entraide dans le champ de la santé mentale.¹ Plusieurs personnes rencontrées nous ont confié devoir «parler plus fort pour se faire entendre», avoir le «sentiment de ne pas être écoutées», voire d'être «invalidées» par des professionnel.le.s et certain.e.s de leurs proches, renforçant ainsi leur

isolement ou encore les difficultés psychiques qu'elles vivent. L'entraide en santé mentale, notamment par le biais du soutien par les groupes de pairs,² semble renforcer la capacité des personnes rencontrées à résister à des situations que nous qualifions, à la suite de travaux contemporains, de situations d'«injustices épistémiques» (Fricker, 2007; Godrie *et al.*, 2017).

Le terme «injustices épistémiques», particulièrement discuté au croisement de la philosophie, de l'éthique et des études féministes, désigne les processus de traitement différentiel et illégitime de la parole de membres de groupes qui sont historiquement stigmatisés. Leur parole, ainsi que le vécu et les savoirs qu'elle véhicule, peut alors être tenue pour négligeable, écartée, voire purement et simplement invisibilisée. Le cadre théorique des injustices épistémiques permet d'appréhender la crédibilité en tant que reflet des rapports de pouvoir structurels entre

les groupes sociaux, plutôt qu'en tant que simple résultat d'interactions individuelles dépendantes du bon vouloir ou du degré d'ouverture d'esprit de l'interlocuteur.

En s'appuyant sur des situations et propos recueillis lors d'entrevues réalisées avec des personnes ayant une expérience vécue des problèmes de santé mentale et fréquentant des groupes d'entraide à Montréal et à Grenoble, cet article illustre la violence des préjugés et certains processus de (dé)crédibilisation qu'elles vivent. Nous présentons notamment le rôle ambigu du diagnostic psychiatrique dans les parcours de vie des personnes, vecteur de crédibilisation autant que de stigmatisation, ainsi que le rôle des groupes d'entraide qu'elles fréquentent dans la prise de distance face au milieu médical.

Préjugés et crédibilité

La spécificité de la souffrance psychique tient, selon Grenouilloux, au fait que, contrairement à la santé physique, «le psychisme et ses troubles, n'est ni objectivable ni quantifiable et la quête étiologique demeure majoritairement vaine» (2011, p. 479). De plus, l'étiquette «problèmes de santé mentale», particulièrement lorsqu'il s'agit d'hallucinations, est associée à une dévaluation des capacités de raisonnement des personnes qui l'endossent (Kemp *et al.*, 1997, Harper, 2004, Sanati *et al.*, 2015, Corin 2002). Ces deux dimensions – difficulté de localiser et d'objectiver la souffrance et son origine, ainsi que les préjugés sur la capacité de raisonnement des personnes – contribuent à façonner l'attention et l'écoute accordées aux personnes qui vivent des problèmes de santé mentale ou qui sont identifiées comme telles.

Les personnes que nous avons rencontrées décrivent quantité d'interactions dans lesquelles leurs interlocuteurs font de leur «mauvaise volonté», de leur «mauvais caractère», ou de leur «sursensibilité» (trois personnes différentes) la cause des difficultés qu'elles vivent. Ces interprétations sont culpabilisantes, car elles font d'elles les principales responsables de leur souffrance, lorsqu'elles ne présentent pas les problèmes de santé mentale comme des productions imaginaires des personnes, quelque chose qui n'aurait aucune réalité extérieure et se passerait uniquement «dans leur tête». Par exemple, un homme rapporte à propos de son entourage, que certains «disaient que je “fakais” ma schizophrénie, parce que ce n'est pas marqué sur mon front».

Le sentiment d'être jugé, de ne pas être écouté



et compris par des membres de leur entourage, conduit parfois les personnes rencontrées à ne plus évoquer leur souffrance psychique, voire à éprouver de la honte. Dans une discussion de groupe, une femme témoigne que sa mère «ne voulait pas» qu'elle en parle, qu'«elle avait peur qu'on rie de moi», tandis qu'un homme raconte que sa grand-mère «pensait que j'étais possédé».

Des expériences institutionnelles renforcent ce sentiment de non écoute, découragent la prise de parole ou affaiblissent la capacité de prendre la parole pour donner sens aux événements et expliquer sa propre version des faits. C'est ce que rapportent plusieurs personnes à propos de la (sur)médication qui produit ou alimente le sentiment de confusion qu'elles peuvent ressentir. De plus, le fait d'être hospitalisé en psychiatrie semble renforcer la lecture que les professionnels peuvent avoir des personnes sous l'angle des symptômes, comme le raconte une dame : «J'avais été en salle d'isolement tellement longtemps que j'avais uriné à terre, je cognais, je cognais et ils ne venaient pas me répondre. J'ai expliqué comment je me suis sentie, je n'étais plus capable de me retenir, je n'allais pas m'uriner dessus : j'ai baissé mes culottes et j'ai uriné par terre. Eux autres ont vu ça comme un trouble de comportement, mais je n'ai aucun trouble de comportement».

Compréhension et enfermement

Dans ce contexte, le diagnostic prend un statut particulier pour les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale. Celui-ci se présente, dans le parcours de plusieurs personnes, comme une réponse au besoin de mettre des mots sur ce qui leur arrive. Une personne mentionne le diagnostic comme un moment important de son «parcours», alors qu'elle vivait une «perte de repères» en raison des problèmes psychiques qu'elle éprouvait : «“Mais qu'est-ce qui m'arrive?” Je ne comprenais pas et j'avais comme une obsession d'essayer de comprendre pourquoi c'est arrivé. J'essayais de faire un raisonnement intellectuel : pourquoi, pourquoi, pourquoi ? Et le fait de mettre au moins des catégories, ça expliquait certaines choses pour moi. Il y avait un désir de compréhension». Le diagnostic vient ainsi attester avec le sceau de l'institution médicale que la souffrance vécue par la personne est réelle et légitime. Ramener les problèmes vécus par les personnes dans l'ordre médical permet, si l'on se fie à l'expérience d'une personne interviewée, de les faire sortir de l'ordre de la «folie» et de la connotation négative qu'elle véhicule : «depuis que j'ai compris que j'étais malade, j'ai compris que je n'étais pas fou».

Enfin, la pression à adopter un diagnostic n'est pas simplement sociale et liée à une quête de sens dans un contexte où les explications médicales rassurent les personnes et leurs proches ; elle est aussi économique. Le diagnostic psychiatrique donne, en effet, accès à un ensemble de ressources économiques (par exemple, des congés de maladie ou un montant d'aide sociale supérieur) et à un réseau de soutien, comme l'exprime cet homme qui s'est mis à fréquenter un organisme communautaire une fois qu'il a été diagnostiqué : «si je n'avais pas un diagnostic, je ne me sentirais pas légitime de venir ici».

Les différents bénéfices associés au diagnostic psychiatrique sont également associés à un prix à payer. L'étiquette de «malade» en psychiatrie est parfois source de «honte»³ et d'isolement et peut être vécue «pire qu'une condamnation». Plusieurs personnes nous ont fait part, à la longue, du sentiment d'enfermement croissant de leur identité dans celle du diagnostic et du besoin de prise de distance vis-à-vis de celui-ci afin de mieux «se retrouver». Dans certains cas, les personnes rencontrées ont développé une vision particulièrement critique de l'approche médicale individualiste qui réduit l'être humain à «organisme biologique» et un ensemble de symptômes : «Quand tu rencontres un psychiatre et que la personne te pose à peu près pas de questions ouvertes, qu'elle te pose seulement des questions fermées qui consistent essentiellement à faire un “check-list” de tes symptômes, et bien t'en conclus que la personne qui est devant toi ne te considère pas comme un être humain, elle te considère seulement comme une sorte d'organisme biologique qui a certains symptômes et qu'il faut faire la liste de ces symptômes-là pour arriver à trouver les médicaments qui vont permettre de traiter les symptômes de l'organisme que la personne a en avant d'elle».

Entre pairs

Dans les propos des personnes interviewées, les groupes de soutien entre pairs apparaissent comme des espaces libres de préjugés et des processus de décrédibilisation décrits précédemment. Dans ces espaces, les personnes n'ont pas à expliquer ou faire continuellement la preuve de la réalité de leur souffrance psychique; elles sont d'emblée prises en compte en tant qu'interlocutrices crédibles : «On parlait d'un problème, puis tout le monde comprenait c'était quoi. Tu n'es pas obligée d'expliquer : “Eh bien, c'est parce qu'il est arrivé ça, puis je me suis sentie de même et c'est pour ça que j'ai réagi de même” [...] Tu dis ton problème, puis vous comprenez tout de suite». Une autre

«Les groupes de soutien entre pairs apparaissent comme des espaces libres de préjugés et des processus de décrédibilisation»

femme qui vit de l'anxiété dans la gestion de son budget rapporte s'être sentie comprise pour la première fois dans sa vie par une autre participante aux prises avec les mêmes difficultés.⁴

Cette compréhension n'implique pas de partager des vécus en tous points similaires aux autres et de passer systématiquement par des mots. Celle-ci peut se jouer dans les regards ou des gestes subtils, lors de partages d'expérience, comme le fait de hocher la tête en signe d'acquiescement. Par la validation de leur vécu, les membres de ces groupes gagnent en assurance et peuvent plus facilement faire valoir leur vécu et leurs besoins auprès de leurs proches. En participant au groupe, une femme a réalisé que son obsession pour les listes et son perfectionnisme étaient en réalité des symptômes de son anxiété et non simplement un trait de caractère lié à son signe astrologique comme on le lui suggérait jusqu'à présent: «Avant, je pensais juste que j'étais folle, que j'étais comme ça. Ou, comme on dit des fois, les signes astrologiques, que j'étais juste vierge, que j'aime tout placer [...] Avant le groupe, je ne m'étais pas rendue compte de ça, je pensais que j'étais comme ça». Cette prise de conscience lui permet de mieux communiquer avec son copain qui peut, à son tour, se montrer plus soutenant: «Il est comme: "OK, tu te sens anxieuse, on va prendre une marche"».

Dans plusieurs cas, les groupes d'entraide semblent également avoir favorisé le regard critique porté par les personnes sur le diagnostic psychiatrique ou, parfois, stimulé le désir d'investir une compréhension de leurs problèmes en lien avec leur trajectoire de vie. Ce changement est notamment illustré par les propos suivants: «Au début, quand j'avais 20 ans, c'est tout ce qui me regroupait: le genre de médication, le diagnostic et les pilules [...] Puis, après, avec le temps, j'ai appris que ce n'est pas juste ça, c'est plus émotif, je pense. C'est plus des événements qui mènent à avoir des problèmes avec ses émotions. Et la médicalisation, c'était sécurisant au départ, mais là, plus ça va, plus je me sens mieux, et moins je trouve que la médicalisation c'est quelque chose de vraiment important».

Espaces sécuritaires

Les personnes que nous avons rencontrées se retrouvent, pour une bonne part, dans une situation de double contrainte: d'une part, devoir continuellement (re)expliquer à autrui les réalités qu'elles vivent et, d'autre part, faire comprendre à leurs interlocuteurs les effets négatifs des injustices épistémiques qu'elles vivent au quotidien, afin de les sensibiliser à prendre leur

parole plus au sérieux. Cette situation de double contrainte est qualifiée d'«exploitation épistémique» par Berenstain (2016) puisqu'elle fait reposer le fardeau des injustices sur les épaules des personnes qui les vivent. Cette situation est épuisante et souffrante en raison de l'investissement en termes de temps et d'énergie qu'elle requiert. Lorsque ces injustices épistémiques se maintiennent en vertu de leurs efforts, les personnes sont alors réduites au silence, ce qui contribue à leur isolement.

Dans ce contexte, le diagnostic psychiatrique peut renforcer la crédibilité des personnes en attestant la réalité et la légitimité des problèmes qu'elles vivent, tout comme il peut, à la longue, les cantonner à l'identité de malades et avoir pour effet de les sur-responsabiliser vis-à-vis de ces problèmes. Les groupes d'entraide offrent, de ce point de vue, un espace dans lequel les injustices épistémiques semblent suspendues. Entre pairs, leurs membres expriment souvent ne pas avoir besoin de repartir à la «base» et sentir une compréhension de leur vécu au-delà des mots exprimés. Les groupes d'entraide représentent des espaces sécuritaires où ils peuvent «être tout simplement», c'est-à-dire exister à l'abri des injustices épistémiques qu'ils subissent dans d'autres espaces. Dans certains cas, leur fréquentation leur permet de retrouver une certaine confiance dans la légitimité de leur expérience et, par la suite, de renégocier une nouvelle crédibilité auprès de leurs proches.

Cet article soulève, au final, plusieurs enjeux pour la recherche et la pratique. À plusieurs reprises, des personnes nous ont confié avoir senti une reconnaissance de leur vécu et une prise en compte de leur parole par des professionnels de la santé et des services sociaux, ce qui nous engage à étudier, à l'avenir, les formes d'accompagnement qui reposent sur ou favorisent la crédibilité des personnes et qui accordent une place aux interprétations qu'elles font de leurs propres situations. Également, nos constats engagent à porter une attention particulière aux termes médicaux et non médicaux utilisés par les personnes afin d'évoquer et d'expliquer leur souffrance psychique. Ces termes et expressions renforcent-ils le paradigme médical dominant et leur statut de malades ou de patient.e.s ou contribuent-ils à faire émerger des systèmes alternatifs de compréhension de la santé mentale?

Notes

1. Cette enquête, débutée en juin 2017, repose sur une soixantaine d'entrevues individuelles et de groupe avec des pairs, des professionnels de la santé et des

services sociaux, ainsi que les personnes qu'ils accompagnent. Les extraits présentés dans l'article proviennent d'entretiens individuels ou de groupe de discussion réalisés avec des personnes qui participent à des groupes d'entraide à Montréal et à Grenoble (France).

2. Les groupes de pairs se déroulent dans des organismes communautaires et sont animés par des pair.e.s et/ou des intervenant.e.s (infirmière, travailleuse sociale, intervenante psychosociale, psychologue). Ils se caractérisent souvent par les réalités spécifiques qu'ils abordent. Dans notre recherche, il s'agit de groupes dédiés à l'entente des voix, la dépression ainsi qu'à la bipolarité. Les personnes y arrivent sur référence d'un.e professionnel.le ou après leurs propres recherches sur les réseaux sociaux ou Internet.

3. «Le préjugé était tellement fort de ce que la société me reflétait, que moi je l'endossais. Et j'avais comme honte de moi-même. Je n'étais comme pas quelqu'un de correct. Et cette honte-là, c'était pesant. Moi je ne suis pas correcte [...] Il y a comme une dichotomie entre être et s'accepter, et le social et le soi».

4. Cette compréhension mutuelle ne semble pas toujours en mesure de s'établir. Les propos d'une personne qui a partagé avoir pris de la drogue ont été accueillis avec un «grand silence» qui traduisait, selon l'animatrice d'un groupe, une difficulté pour les autres participants de se relier à cette réalité.

Références

- Berenstain, Nora (2016), «Epistemic Exploitation», *Ergo*, 22 (3), p. 569-590.
- Corin, Ellen (2002), «Se rétablir après une crise psychotique : ouvrir une voie? Retrouver sa voix?», *Santé mentale au Québec*, 27 (1), p. 65-82.
- Fricker, Miranda (2007), *Epistemic injustice: Power and the ethics of knowing*, Oxford, Oxford University Press.
- Godrie, Baptiste et Marie Dos Santos (2017), «Inégalités sociales, production des savoirs et de l'ignorance», *Sociologie et sociétés*, XLIX (1), p. 7-31.
- Grenouilloux, Armelle (2011), «Éthique et normes en psychiatrie et santé mentale», *L'information psychiatrique*, 87 (6), p. 479-486.
- Kemp, Róisín, Chua Siew, McKenna Peter et Anthony David (1997), «Reasoning and delusions», *British Journal of Psychiatry*, 170 (5), p. 398-405.
- Harper, David J. (2004), «Delusions and Discourse: Moving Beyond the Constraints of the Modernist Paradigm», *Philosophy, Psychiatry & Psychology*, 11 (1), p. 55-64.
- Sanati, Abdi et Michalis Kyratsous (2015), «Epistemic injustice in assessment of delusions: Epistemic injustice in delusions», *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 21 (3), p. 479-485.



Vieillesse et diagnostics psychiatriques

Une recherche-action participative sur les préjugés

Jean Gagné
professeur, TÉLUQ
membre du CREMIS

Comité vieillissement d'Action Autonomie :

Céline Cyr, *auxiliaire de recherche*
Jean-François Plouffe, *chargé de dossier et de communications, Action Autonomie*
Marie Beyrouiti
Huguette Doyon
Daniel Foucher
Angelina Mendes
Denis Morneau
Monique Normandeau
Francine Raymond
Marie-Lawrence Tousche

Dans cet article nous présentons un projet inspiré de la recherche-action participative (RAP) (Gélineau *et al.*, 2012). Sa problématisation, ses choix théoriques, sa méthodologie et ses objectifs de diffusion ont été déterminés en concertation avec un groupe de personnes, membres du collectif de défense de droits en santé mentale de Montréal, Action Autonomie. Avec elles nous avons créé le Comité vieillissement d'action Autonomie (CVAA) à la suite d'une consultation auprès des conseillers de l'organisme et d'un café-rencontre avec ses membres. Le CVAA forme une communauté d'intérêts : ses membres sont tous âgés de plus de 50 ans et impliqués significativement, à un titre ou à un autre, dans le champ social de la santé mentale. Chercheurs professionnels ou militants, nous sommes désireux de mieux connaître et agir sur ce milieu, car «en recherche que cherche-t-on si ce n'est ce qui pose question à soi-même ?» (Barus-Michel, 1982).

Nous avons entamé notre exploration du thème du vieillissement et de la santé mentale par des discussions, l'accueil de conférencières invitées et un sondage en ligne auprès des ressources communautaires de santé mentale de Montréal. Cette documentation a permis de raffiner notre

questionnement et de composer une grille d'entrevue que nous avons utilisée dans quatre entrevues de groupe tenues dans autant d'organismes communautaires spécialisés en santé mentale.

Dix-neuf femmes et 11 hommes âgés de 51 à 73 ans y ont participé. Les résultats ont été diffusés dans des conférences données par des membres du CVAA¹ et dans un rapport de recherche.² Celui-ci sert maintenant de manuel pour la formation des formateurs et formatrices citoyennes qui iront à la rencontre des milieux d'intervention communautaires et publics pour les sensibiliser aux attentes et demandes des personnes vieillissantes qui sont porteuses d'un diagnostic psychiatrique.³ Nous présentons ici quelques résultats du projet de recherche que nous comptons utiliser dans cette phase d'action du projet.

Le passage

Les témoignages recueillis à l'étape de recherche de ce projet, expriment l'expérience commune du vieillissement dans laquelle peut se reconnaître toute personne arrivée au milieu de sa vie, avec ou sans diagnostic psychiatrique. Comme aux autres moments de passage d'un âge à l'autre de notre existence, nous réinterrogeons alors notre compréhension du monde, nos valeurs et nos actions. Le déclencheur de cette réflexion est souvent trivial. Pour une dame interviewée, ce fut la remarque de sa fille à qui elle faisait cadeau de l'une de ses robes : «Hey, c'est du linge de vieux, ça!» Un homme dit avoir franchi ce cap lorsqu'on lui a accordé un rabais en raison de son âge et un autre, lorsque pour la première fois, un jeune lui a cédé sa place dans le métro. Cela passe aussi par l'expérience du corps «qui nous lâche tranquillement [...] des amis qui meurent, d'autres qui tombent malades [...] Les problèmes de mémoire [et] de concentration». Bref, quand «la garantie arrive pas mal à échéance!» Les personnes répondantes sont aussi membres de la génération «sandwich», partagées entre des



cmca mmmxix

responsabilités parentales et de filiation ascendante. Certaines, devenues grands-mères, déplorent ne pas avoir accès à leurs petits-enfants en raison de mésentente ou d'éloignement des parents.

D'autres craignent de ne pas disposer des ressources suffisantes pour soutenir leurs ascendants. L'argent est un problème pour beaucoup de ces personnes. Le *Comité de la santé mentale du Québec* (Robichaud, et al., 1994) et l'*Organisation mondiale de la Santé* (2014) estiment que la pauvreté est un facteur des problèmes de santé mentale et de leur lourdissement. Ces problèmes entravent le cheminement de formation et de carrière des personnes touchées et nuisent à la consolidation de leur réseau social de soutien. Beaucoup devront se contenter des programmes de l'État pour survivre à la retraite. Leur accès au logement, à l'alimentation, aux transports et aux activités sociales en souffrira : «ça fait plusieurs années que je suis sur l'aide sociale [...] en dessous du seuil de la pauvreté. Plus je vieillis, plus ça risque d'être difficile de gérer le petit peu que j'ai pour répondre à tous mes besoins». Le même enjeu se pose pour les loisirs : «dans mon budget, j'ai pas souvent d'argent». Vivant en HLM dans un quartier excentré, une femme se dit «loin de tout». L'hiver, craignant de prendre froid

ou de chuter sur la glace, elle «se prive» de sortir. Le retrait social peut ainsi être un effet direct des inégalités économiques et non nécessairement un symptôme passif d'une quelconque maladie mentale.

Mise à l'écart

L'âgisme s'ajoute aux autres discriminations que vivent déjà les répondant.e.s. À cette enseigne, l'amélioration de l'espérance de vie est présentée comme un malheur économique dont les jeunes font les frais. Comme en témoignent les extraits suivants : «Plus qu'on avance [en âge], c'est comme on dérange»; «[t'es] laissé de côté souvent» et «[tu] sens l'impatience de l'autre». Si, en d'autres temps, les aînés ont pu être appréciés pour leurs contributions sociales, leur expérience de vie ou leur sagesse, ils se sentent de nos jours dépréciés.

Selon Culhane et al. (2013), les aînés sont souvent assimilés à une génération favorisée, celle des baby-boomers, alors que sous cette dénomination on amalgame des personnes devenues adultes dans un contexte économique exceptionnellement favorable et d'autres qui, à 20 ans, affrontaient une crise de l'emploi. Les possibilités d'enrichissement des uns et des autres n'auront pas été les mêmes. Les per-

sonnes nées à une même époque forment une cohorte démographique, non une classe sociale : tous les boomers ne sont pas riches. Au CVAA nous estimons que cette confusion sert surtout un projet politique de réduction des missions sociales, éducatives et de santé de l'État qui se présente - frauduleusement - comme l'expression d'une solidarité intergénérationnelle qui protégerait les plus jeunes de la déprédation par leurs aînés.

Certaines personnes évoquent l'âgisme en lien avec les services sociaux et les soins de santé qu'elles reçoivent : «Quand on va à l'urgence, on est moins bien traités que les jeunes» et «ils nous appellent même par un diminutif : "Ah, ce sera pas long mon petit monsieur, là"». Ça fait rabaisser un petit peu». La mise à l'écart des plus âgés dans ces services apparait systémique dans les témoignages et semble prendre prétexte de l'innovation technologique et de la rationalité gestionnaire pour se justifier. Comme la plupart des membres de cette génération et, plus encore, ceux qui sont peu fortunés et marginalisés, les personnes répondantes sont touchées par la fracture numérique «grise». Elles n'ont souvent pas accès à cette technologie en raison du coût des équipements et abonnements ou faute des connaissances nécessaires pour les utiliser.

Selon Charmakeh (2013) cela réduit encore leur accès aux services de santé et à une pleine

participation sociale. Dans les mots d'une des personnes rencontrées «[pour obtenir un rendez-vous] c'est soit avec ton iPhone ou bien ton ordinateur. Mais ceux qui ont pas d'ordinateurs [...] qui savent pas comment opérer ça... C'est un vrai tour de force pour essayer d'en avoir un». Selon une autre personne: «c'est toujours une corvée d'avoir un rendez-vous. [Il y a] toujours quelque chose qui se perd dans la communication [...] la réceptionniste est bête, les autres patients sont en colère, on attend pendant deux heures, puis [les] dix premières minutes [le psychiatre] regarde l'écran de son ordinateur. C'est pas que je suis pas assez intelligente, mais le système est tellement compliqué que j'ai besoin de deux personnes à temps plein [pour m'y retrouver]». L'organisation générale des services est ainsi dénoncée plus que les intervenant.e.s sur le terrain, comme en témoignent les deux extraits suivants : «On sait qu'ils sont limités dans le temps, c'est pas toujours facile pour eux aussi, ils ont pas toujours un rôle simple. Mais il y a une façon d'accueillir le patient et de surtout pas le juger; [ce sont] tout de même des gens qui travaillent en santé mentale»; «On dirait que le gouvernement se spécialise à changer les noms».

Brouillage

La hiérarchisation des services a donné lieu au transfert des dossiers psychiatriques «stabilisés»



cmca mmxiv

de la deuxième à la première ligne, mais, contrairement à ses objectifs, elle aurait réduit l'accessibilité : «Je n'ai plus de psychiatre. Il m'a retourné à mon médecin de famille [...] Elle me prescrit les mêmes affaires que lui [...] Si ça fait plus, elle va me retourner au psychiatre, mais j'en ai plus». Une autre personne dit avoir «perdu» son médecin de famille : «il faut que j'en trouve un autre pour avoir mes médicaments. Mon psychiatre [...] ne veut plus me voir parce que j'allais bien. Mais, moi, je voulais continuer avec elle. Parce que des fois, il y a des journées que je vais pas bien». À ce brouillage bureaucratique, s'ajoutent les réductions de services: «Ah! Des coupures [...] des promesses qui ne sont pas tenues [...] On vient de déposer un nouveau plan d'action en santé mentale, il devait y avoir de l'argent, oups, il y en a plus! [...] Le système de psychiatrie s'améliore pas vraiment, puis que t'es pas considéré en tant qu'humain [...] t'es un client, un patient ».

Cette dernière remarque soulève la question de l'approche et de l'alliance thérapeutique. En psychiatrie, la question de la médication en est souvent l'enjeu et on attribue régulièrement l'inobservance de ce traitement à un symptôme de la maladie mentale. Le phénomène est pourtant courant. Selon Scheen et al., (2010), quelle que soit la spécialité du prescripteur, entre 30% et 69% des patients ne seront pas observants. Ce qui semble être plus spécifique à la psychiatrie se situerait en amont : la routinisation de la prescription. Cette pratique ressort particulièrement des témoignages suivants : «Quand je lui ai avoué ma dépression, ça a pas pris deux minutes qu'il était en train de me prescrire quelque chose», «J'ai un rendez-vous aux six mois [avec le psychiatre], c'est juste pour les médicaments [...] après il me ferme la porte puis je m'en vais du bureau» et «Moi, je peux pas changer mes médicaments [...] Elle a dit : "Non [...] tu peux refaire une rechute. On le sait pas"».

Le médicament est présenté par des psychiatres comme le seul et irremplaçable agent thérapeutique, ce qui produit le sentiment de certaines répondantes d'être «sous contrôle» des médecins. Comme le rappellent les conseillers et conseillères d'Action autonomie, cette pharmacopée peut aussi causer des désagréments, de la somnolence, des étourdissements, de la désorientation ou des risques accrus de chutes. Ce sont des repoussoirs évidents. Par contre, les personnes qui en parlent en bien soulignent qu'elles ont été informées correctement et reconnues capables de prendre une décision éclairée : «on nous explique plus [...] : "Madame, je vous donne une prescription, vous en faites ce

que vous en voulez. [...] c'est vous que ça regarde"».

Recadrages

Être porteur d'un diagnostic psychiatrique s'accompagne généralement d'une stigmatisation. On préjuge de la dangerosité, de l'imprévisibilité, de l'inaptitude, de la dépendance, de la paresse ou de l'inintelligence des personnes ainsi diagnostiquées (Bélanger, 2016). Brossard (2015) y voit une réinterprétation systématique de ce que la personne ressent, perçoit, fait et exprime en autant de signes de son trouble plutôt que d'y reconnaître ses véritables demandes et intentions (Brossard, 2015). Ce type de préjugé se retrouve aussi dans le masquage diagnostique ou dans l'«overshadowing» qui survient lorsqu'un intervenant présuppose que les perceptions qu'a le patient de sa santé sont nécessairement biaisées par sa pathologie mentale postulée ou inscrite à son dossier.

Le jugement clinique du soignant peut être ainsi altéré et le patient risque de ne pas être traité ou de l'être inadéquatement. Au minimum, ce préjugé blessera le patient qui se voit être discrédité par le déni de sa crédibilité. Ainsi, en salle d'urgence, une personne raconte qu'elle s'était «brûlé les mains avec de la graisse de bacon, puis là, bien, ils m'ont demandé par rapport à la psychiatrie. Bien, j'ai dit : "Qu'est-ce que ça a rapport avec les mains brûlées, là?" [...] C'est parce [...] je fais partie de la psychiatrie hein ?" "Est-ce que tu prends encore tes médicaments psychiatriques?" ».

Une autre personne raconte qu'après avoir demandé de l'aide pour une infection, elle a été référée au département de psychiatrie où elle avait déjà un dossier. Selon une autre, qui a évité un tel détour, «c'est pas simple. Il faut avoir toute sa tête quand on rentre là. Surtout quand t'as un diagnostic en santé mentale». Plusieurs font part de commentaires semblables, par exemple, qu'à l'Urgence, «c'est systématique que la situation psychiatrique prenne le dessus, le devant du problème physique», qu'«on ne sait jamais si on va ressortir de là, une couple de jours plus tard [ni] qu'est-ce qui peut se passer», ou que ça «fait peur d'aller demander de l'aide [...] Je continue à me priver plutôt que de recevoir des services adéquats à mes situations».

Pour Gauss et al., (2017) les recadrages de demandes d'intervention médicale en symptômes psychiatriques sont la cause d'erreurs

«Ce type de préjugé se retrouve aussi [...] lorsqu'un intervenant présuppose que les perceptions qu'a le patient de sa santé sont nécessairement biaisées par sa pathologie mentale postulée ou inscrite à son dossier»

diagnostiques fréquentes. On les attribue au stress et aux pressions de performance, au manque de formation du personnel et à une trop faible collaboration entre les équipes de psychiatrie et les services d'urgence. Mais, selon un participant, ce qui est en jeu, c'est l'écoute : «on pense surtout que les gens en santé mentale racontent des histoires, puis ce sont pas des histoires. Ils se plaignent de leur vie, c'est bien sûr, ils sont pas bien dans cette vie-là, être malade en santé mentale [...] c'est bien normal qu'ils se plaignent».

Cette dernière observation résume un appel répété des personnes répondantes dans les entrevues de groupe : celle d'être écouté en situation d'urgence comme en suivi régulier par les proches, les soignants ou la communauté. Plusieurs ont voulu signaler leur reconnaissance à cet égard aux intervenants, mais cela sans dédouaner une organisation des services qui leur apparaît bureaucratique et faire trop peu de cas de leur subjectivité. Celle-ci est pourtant à la source de la condition psychique et de la formulation de toute demande d'aide.

Formation et savoirs d'expérience

À la mise à l'écart ressentie sur le plan de l'âge, s'ajoute ainsi le sentiment de toute personne avec un problème diagnostiqué de santé mentale d'être réduite à ce problème dans ses rapports avec les services de santé. Il y aurait ainsi deux types de discrimination qui sont combinés dans l'expérience de ces personnes, avec une interaction complexe entre les deux et entre les préjugés distincts qui opèrent dans chacun des deux cas. Les participant.e.s à ce projet témoignent des effets du cumul de ces deux sources de discrimination, à savoir, celle fondée sur le vieillissement et l'autre sur le diagnostic psychiatrique.

La réalité démographique nous laisse prévoir que cette double discrimination taraudera encore longtemps notre société. L'accroissement du taux de personnes âgées au Québec se poursuivra jusqu'en 2030. Chez nos voisins des États-Unis, on prévoit que le taux des plus de 65 ans diagnostiqués en psychiatrie équivalra en 2030 à 275% de ce qu'il en était en 1970 (Shibusawa et Padgett, 2009). Compte tenu de plusieurs similitudes entre nos pays, nous pouvons nous attendre à une croissance semblable au Canada.

Le pire n'est pas inéluctable. Nous sommes responsables de nos sociétés et nous pouvons les améliorer, ne serait-ce qu'en remettant en cause nos représentations défavorables des personnes âgées et, en particulier, de celles qui

sont porteuses d'un diagnostic psychiatrique. Les récits personnels nous indiquent que des préjugés persistent. Ils s'intègrent à une représentation sociale que nous partageons souvent à notre insu, sans nous interroger, car c'est le «sens commun». C'est pourquoi la phase «action» de notre recherche-action participative consiste en la formation de formateurs et formatrices qui, ayant vécu les préjugés, iront à la rencontre de leurs pairs âgés ou étiquetés malades mentaux, ainsi que d'intervenants des milieux communautaires et de la santé. Avec eux, elles remettront en cause ce «gros bon sens», trop souvent plus «gros» que «bon».

Nous y aborderons le thème des discriminations croisées, en particulier le croisement de l'âgisme et du sanisme. Selon LeBlanc et al. (2018), «le sanisme implique l'assujettissement et l'oppression systématique des personnes qui ont reçu des diagnostics relatifs à la «santé mentale», ou qui sont autrement perçus comme étant «malades mentales»⁴. Nous y aborderons également la controverse sur le statut de la souffrance psychologique ou émotive en tant qu'elle émanerait ou non d'une «maladie comme les autres», ainsi que le concept de «génération» en lien avec le baby-boom et les droits, revendications et modes d'action des personnes vieillissantes concernées par tous ces enjeux. C'est ce que nous appellerons notre «FRAP» : «*Formation recherche-action participative*».

Notes

1. Gagné, J., M. Normandeau, A. Mendez (2018) *Congrès national de l'ACSM* ; Gagné, J., M. Poirier (2017) *Congrès de l'ACFAS*, U. McGill; Gagné, J., Normandeau, M. (2015) *Séminaire international : Dispositif public et métiers de la relation*. Université du Québec à Montréal.
2. Gagné, J., M. Poirier (2018) *Vieillesse et santé mentale : droits et accès aux services de santé mentale* : <https://r-libre.telug.ca/1458/>
3. Cette nouvelle étape «d'action» est subventionnée par le Fonds des services aux collectivités, 2018-19 du Ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur du Québec.
4. Citant : Perlin, M. (1992). «On 'Sanism'» *SMU Law Review*, 46, p.373-407; Perlin M. (2000) *The hidden prejudice: Mental disability on trial*, Washington, DC : American Psychological Press; et Poole, J., T.Jivraj, A.Arslianian, K.Bellows, S.Chiasson, H.Hakimy, J.Reid, (2012) «Sanism, "mental health", and social work/education: A review and call to action» *Intersectionalities: A Global Journal of Social Work Analysis, Research, Polity, and Practice*, 1, p.20-36.

Références

Bélanger, Sophie (2016) «La lutte contre la stigmatisa-

- tion et la discrimination dans le réseau de la santé et des services sociaux. Guide d'accompagnement». *Direction des communications*, Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Brossard, Baptiste, (2015) «L'usage des émotions lors des interactions psychiatriques et gériatriques», *Terrains/Théories* [En ligne], consulté le 13 décembre 2017.
- Culhane, Dennis, P., Metraux, S., Steno, M. et Bainbridge, J (2013) «The age structure of contemporary homelessness: Evidence and implications for public policy». *Analyses of Social Issues and Public Policy*, 13(1), 2013, p. 228-244
- Geiss, Michelle, J. Chamberlain, T. Weaver, C. McCormick, A. Raufer, L. Scoggins, L. Petersen, S. Davis, Deborah Edmonson (2017). «Diagnostic overshadowing of the psychiatric in the emergency department: physiological factors identified for an early warning system». *Journal of the American psychiatric nurses association*. 24(4), p 327-331
- Gélineau, Lucie, É. Dufour, Micheline Bélisle (2012). «Quand recherche-action participative et pratiques AVEC se conjuguent : enjeux de définition et d'équilibre des savoirs» *Recherches Qualitatives*, 13 p. 35-54.
- Hanon, Cécile (2015) «Le psychiatre qui savait deux fois», *L'information psychiatrique*, 91(9), p. 717-719.
- LeBlanc, Stéphanie et Élisabeth Anne Kinsella, (2018) «Vers une justice épistémique : examen critique et réflexif du «sanisme» et de ses implications dans la production du savoir», *Zinzizine : Boîte à outils pour la lutte des psychiatrisées*, (en ligne)
- Organisation mondiale de la Santé et Fondation Calouste Gulbenkian, (2014) *Social Determinants of Mental Health, World Health Organization/ Organisation mondiale de la Santé, Genève*
- Robichaud, Jean-Bernard et Comité de la santé mentale du Québec (1994) *Les liens entre la pauvreté et la santé mentale, De l'exclusion à l'équité*. Gaëtan Morin Éditeur. Comité de la santé mentale du Québec.
- Sheen, A.-J., D. Giet (2010) «Non-observance thérapeutique. Causes, conséquences, solutions» *Revue médicale de Liège*, 65(5-6), p.239-245
- Shibusawa, T., D. Padgett (2009) «The experiences of "aging" among formerly homeless adults with chronic mental illness: A qualitative study». *Journal of Aging Studies*, 23, p.188-196
- Thornicroft, Graham (2011) «Physical health disparities and mental illness: The scandal of premature mortality», *British Journal of Psychiatry*, 199, p.441-442.
- Wallerstein, Nina B., Bonnie Duran (2006) «Using Community-Based Participatory Research to Address Health Disparities» *Health Promotion Practice*, 7(3), p.312-323



cmca mmxvii

L'aide aux étudiant.e.s postsecondaires en risque d'échec

Changer de paradigme

RETOURS

François Régimbal,
Professeur de sociologie*
Membre du CREMIS

Natalie Cormier
Professeure de psychologie*

Yannick Demange
Professeur en sciences et techniques de
gestion*

Jean-Sébastien Lavallée
Professeur d'histoire*

Gabrielle Smilga-Palardy
Professeure de science politique*

Nadine Trudeau
Professeure d'anthropologie*

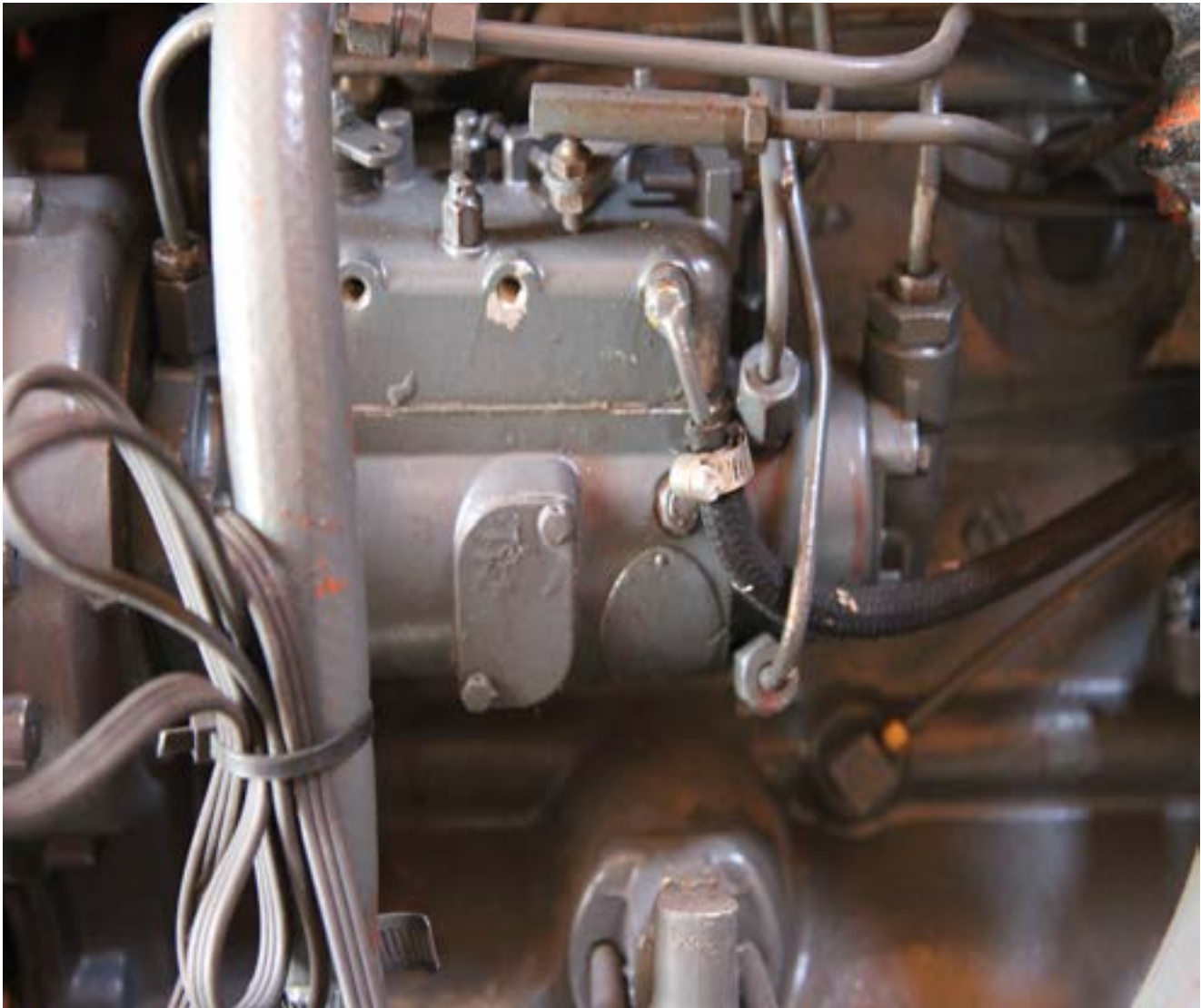
*Cégep du Vieux-Montréal
Membres du Bureau d'aide à la réussite en
Sciences humaines du Cégep

Plus de 60 % des jeunes Québécois.es entreprennent des études de niveau collégial, et 40 % obtiennent un diplôme d'études collégiales (DEC) dans un programme technique ou préuniversitaire (MELS, 2013). Dans l'optique où le nombre d'emplois nécessitant des études postsecondaires ne cesse de croître, le sort des jeunes qui ne complètent pas leurs études collégiales est préoccupant et demeure un enjeu social de premier plan. D'autant que l'on sait que, d'une part, la formation technique au collégial prépare bien les jeunes aux réalités du marché du travail et assure à 90 % d'entre eux d'obtenir un emploi (Ferguson *et al.*, 2014) et que, d'autre part, pour l'ensemble des étudiants au Canada, ce sont ceux qui ont un DEC en poche qui sont les plus susceptibles de compléter leurs études universitaires (Shaienks *et al.*, 2008). Plusieurs avantages socioéconomiques plaident également en faveur de la poursuite d'études postsecondaires. De fait, les personnes moins instruites sont plus à risque d'occuper des emplois précaires, de vivre dans la pauvreté,

d'avoir des problèmes de santé et de vivre moins longtemps (Gouvernement du Québec, 2016; OCDE, 2015). Face à ces constats, l'accroissement de la persévérance et de la réussite scolaire des étudiants apparaît comme un objectif primordial du système d'éducation au Québec (Groupe d'action sur la persévérance et la réussite scolaires au Québec, 2009).

C'est dans cette optique que divers services d'aide à la réussite ont été implantés dans le réseau des collèges d'enseignement général et professionnel (cégeps) du Québec. Ainsi, les collèges se sont dotés de centres d'aide en français, philosophie et mathématiques, et ils offrent à peu près tous des services de tutorat par les pairs. Dans cette foulée, au début des années 1990, le Cégep du Vieux-Montréal (CVM) a implanté le *Bureau d'aide à la réussite en sciences humaines* (BAR), qui offre du soutien à la réussite spécifiquement aux étudiant.e.s inscrits dans ce programme préuniversitaire (le cégep accueille en moyenne 500 étudiant.e.s en sciences humaines par année). Les étudiant.e.s peuvent y recevoir des services de tutorat pour l'ensemble des cours disciplinaires liés aux sciences humaines, de même que du mentorat avec un.e enseignant.e, s'ils et elles présentent des difficultés d'organisation, de méthodologie de travail ou de motivation pour les études. Au cours des dernières années, le bureau d'aide s'est également donné comme mandat de dépister les étudiant.e.s de sciences humaines les plus à risque d'échouer, afin de leur offrir de l'aide le plus rapidement possible dans leur parcours scolaire. Pour ce faire, un outil a été élaboré, le *Questionnaire d'adaptation aux études collégiales* (QAEP, 2014), à la lumière des principaux déterminants de la réussite scolaire révélés par la littérature scientifique.¹

Dans ce texte, nous faisons état de l'analyse que nous avons effectuée des questionnaires remplis à l'automne 2016. Sur les 507 étudiant.e.s inscrit.e.s en sciences humaines à ce moment-là, 381 ont répondu au



RETOURS

cmca mmxviii

questionnaire, ce qui représente un taux de participation de 75 %. Les étudiant.e.s qui n'ont pas répondu au questionnaire sont ceux et celles qui ont abandonné leur session avant la cinquième semaine ou qui étaient absent.e.s de leur cours le jour de la cueillette de données. Afin de mieux comprendre le rapport des étudiant.e.s aux études et leur cheminement au cégep, nous avons classifié les étudiant.e.s selon leur cote R.² Le quart des répondant.e.s (25%) ont une cote R faible et le tiers (33%) une cote R qui est bonne ou élevée, les autres 42% ayant un cote R moyenne.

Selon nos résultats, les étudiant.e.s avec une cote R jugée bonne ou élevée sont plus susceptibles d'avoir été sélectionné.e.s par le cégep au premier tour que les répondant.es avec un cote

R faible (90% vs. 63%), d'être inscrit.e.s dans leur premier choix de programme (88% vs. 65%) et d'avoir sept cours ou plus dans leur horaire (57% vs. 24%). Ces étudiant.e.s sont aussi plus susceptibles de se dire appuyé.e.s par leur famille (88% vs. 65%), d'avoir vécu une bonne transition de l'école secondaire au cégep (90% vs. 78%), de bien gérer leur temps (90% vs. 52%) et d'avoir le sentiment d'être inscrit.e.s dans le bon programme (84% vs. 55%). Elles et ils expriment aussi davantage le sentiment d'être rassuré.e.s dans leur choix de carrière (61% vs. 40%), d'être outillé.e.s par rapport aux méthodes de travail intellectuel (86% vs. 71%) et d'être motivé.e.s par leurs études (88% vs. 65%). Finalement, ces étudiant.e.s sont moins susceptibles d'avoir des problèmes financiers que les étudiant.e.s avec une cote R faible (18%



cmca mmxviii

vs. 37%). Elles et ils sont aussi plus susceptibles d'avoir la langue française comme première langue parlée à la maison (96% vs. 82%).

Les résultats de cette enquête confirment que ce questionnaire représente une mesure efficace de l'adaptation aux études chez les cégépiens, car il discrimine les étudiant.e.s avec une cote R plus faible que les autres sur le plan de leur rapport aux études. Ce questionnaire s'avère donc un bon outil de dépistage des étudiant.e.s qui risquent d'échouer ou d'abandonner leurs études collégiales.

Déterminants

Ces résultats trouvent un écho dans les principaux constats qui émergent dans la littérature. Selon cette dernière, il y aurait une corrélation significative entre le fait, pour une famille, de vivre dans la précarité économique et la tendance, pour les enfants, d'abandonner ou d'échouer leurs études (Janosz *et al.*, 2013). Le manque de ressources économiques est plus souvent présent dans les familles peu scolarisées ou monoparentales, ce qui constitue un risque accru d'abandon scolaire. La perception chez les étudiant.e.s d'être soutenu.e.s par leurs parents et d'entretenir avec eux une relation de réciprocité serait aussi prédictive de la persévérance scolaire (Pica *et al.*, 2014). Dans le même sens, les jeunes qui perçoivent que leurs parents accordent de l'importance aux diplômes postsecondaires accèdent en plus grand nombre aux études supérieures.

Par ailleurs, la présence d'un réseau social amical favorise l'intégration des jeunes et leur persévérance scolaire (Demetriou *et al.*, 2000). En effet, les jeunes qui sont isolés socialement ont une moins bonne estime d'eux-mêmes et présentent divers problèmes adaptatifs (Dorard *et al.*, 2013). Les valeurs du réseau d'ami.e.s en regard des études sont également importantes; si le groupe de pairs poursuit des idéaux scolaires élevés, cela favorise la persévérance des jeunes face à leurs études (Roy, 2015). Le type de relations que le personnel enseignant entretient avec les élèves, leur intérêt manifeste pour la matière enseignée et leur disponibilité sont aussi identifiés comme des éléments favorables à la persévérance et à la réussite des élèves (CRÉPAS, 2009; Poirier *et al.*, 2015). De même, l'expérience vécue en classe par l'étudiant.e, par exemple, la possibilité d'interagir, d'être actif.ve dans ses apprentissages et de recevoir une rétroaction régulière, revêt une importance capitale quant à sa motivation et à sa réussite scolaire (Tinto, 2012).

En ce qui concerne les déterminants individuels, il y a un consensus scientifique à l'effet que la motivation scolaire de l'étudiant.e constitue un déterminant majeur de la poursuite et de la réussite de ses études (Janosz *et al.*, 2008; Lieury *et al.*, 2013; Vezeau *et al.*, 2009). De fait, un.e élève motivé.e est plus engagé.e, plus souvent présent.e à l'école, participe plus en classe et investit davantage de temps et d'efforts dans ses travaux et ses études (Barbeau, 2007). Ainsi, les étudiant.e.s du secondaire qui consacrent huit heures ou plus par semaine à leurs devoirs seraient de deux à trois fois plus susceptibles de poursuivre des études universitaires que celles/ceux qui y consacrent trois heures ou moins (Kamanzi *et al.*, 2010).

L'orientation scolaire et professionnelle de l'étudiant.e joue également un rôle relativement à sa motivation envers les études. En effet, une indécision vocationnelle inciterait certain.e.s étudiant.e.s à abandonner leurs études malgré de bons résultats scolaires (Essopos, 2013). En ce sens, les cégépien.ne.s qui ont l'intention de terminer les études du programme dans lequel elles/ils sont inscrits ont plus de chances d'être diplômé.e.s (CSE, 2008).

Par ailleurs, selon *l'Enquête auprès des jeunes en transition* de Statistique Canada, le niveau de réussite scolaire en quatrième et en cinquième secondaire est un important déterminant de la persévérance pour les études postsecondaires et de la probabilité d'obtenir un diplôme de niveau collégial ou universitaire (Lambert *et al.*, 2004). De fait, des expériences d'échec ou de rendement insatisfaisant tout au long du cheminement scolaire engendrent des déceptions et des frustrations chez les jeunes, ce qui risque de les conduire progressivement à un désengagement vis-à-vis de l'école en général (Chénard *et al.*, 2007). Pour certain.e.s étudiant.e.s, le niveau de difficulté scolaire apparaît donc difficile à surmonter, au point de les démotiver à poursuivre leurs études. Pour plusieurs cégépien.ne.s qui songent à abandonner, la charge de travail serait trop lourde et les matières trop difficiles à étudier (Roy, 2015).

Le bien-être psychologique d'un.e étudiant.e apparaît également comme un enjeu de persévérance scolaire. En ce sens, selon une enquête menée auprès de plus de 4 000 étudiant.e.s du cégep, plus de 55 % des cégépien.ne.s se disent stressé.e.s ou très stressé.e.s (Roy, 2015). Ce stress serait davantage présent lors de la première session de cégep, lors des périodes d'examen ou face à une difficile conciliation entre le travail et les études. Bien qu'il n'y ait

pas de lien direct entre le stress et l'abandon scolaire, on sait qu'à fortes doses, ce stress prédispose à l'émergence de problèmes de santé plus importants dont, notamment, la dépression, qui serait l'un des facteurs le plus fortement associé à l'abandon scolaire (Roy, 2015; Lupien, 2010).

En ce qui concerne l'emploi, plusieurs enquêtes constatent qu'au-delà d'un certain nombre d'heures de travail rémunéré chaque semaine – plus de 15 heures ou plus de 20 heures selon les études –, l'étudiant.e est plus à risque de vivre des situations d'échec scolaire et, éventuellement, d'abandonner ses études (Roy, 2015; CSE, 2008). À ce sujet, selon notre propre analyse, 63 % des étudiant.e.s ont un travail rémunéré en dehors de leurs études, pour une moyenne de 15 heures par semaine.

Ciblage et non-recours

À la lumière de ces constats provenant de la littérature et de nos propres résultats, nous nous questionnons sur le bien-fondé de l'approche mise en place pour venir en aide aux étudiant.e.s qui en ont besoin au cégep. Depuis les origines du développement du *Questionnaire d'adaptation aux études collégiales*, nous demandons explicitement aux élèves d'indiquer



cmca mmxix

RETOURS



cmca mmmxvii

«Malgré le fait que nos services soient gratuits et ouverts à tou.te.s, plusieurs élèves font le «choix» de s'en priver»

après l'avoir rempli s'ils et elles souhaitent recevoir l'aide du BAR. Si tel est leur souhait, un rendez-vous leur est proposé. Toutefois, le taux très faible des personnes qui se présentent – et qui demandent formellement notre aide – surprend chaque année. Force est de constater que l'accès à des services pour tou.te.s n'est pas synonyme du recours aux services, d'où le principal défi auquel nous sommes confrontés en tant que service d'aide et d'accompagnement.

Selon Warin (2010), il y aurait une tendance actuelle d'offrir un accès aux services « en matière d'insertion professionnelle, de santé et de justice » et en fonction d'une démarche de « ciblage » (Warin, 2010). Il en va de même dans le milieu de l'éducation, au sein duquel plusieurs services d'aide ciblent la population «étudiante en situation de handicap» (EESH). Cette manière d'offrir des services soulève l'enjeu de l'accès aux services pour l'ensemble de la communauté étudiante.

Selon les résultats de notre enquête menée à l'aide du questionnaire et notre expérience en tant que professeur.e.s., il ne semble pas y avoir de corrélation entre l'étiquette «EESH» et le niveau de besoins des populations étudiantes. En effet, plusieurs personnes en situation de handicap ne nécessitent pas de service d'aide

afin de bien réussir et beaucoup d'étudiant.e.s n'appartenant pas à ce groupe et qui en auraient besoin s'en voient exclu.e.s.

Notre méthode et nos résultats suggèrent une alternative au ciblage, puisqu'ils peuvent mener au déploiement des services non pas en fonction d'une étiquette, mais selon des besoins avérés. Cette proposition risque cependant de bousculer les manières de faire actuelles. En fait, il y a une tension entre les paramètres administratifs et les besoins en termes d'intervention, les budgets pour les services d'aide étant pensés en fonction de populations cibles.

En tant que coresponsables d'un service d'aide aux étudiant.e.s, nous sommes également confronté.e.s depuis plusieurs années au phénomène du non-recours. Malgré le fait que nos services soient gratuits et ouverts à tou.te.s, plusieurs élèves font le «choix» de s'en priver. On peut finir par se convaincre de l'impossibilité d'intéresser tou.te.s les élèves en difficulté et qu'on doit respecter leur refus. Nous nous questionnons tout de même à savoir ce qui motive le refus d'une aide. L'Observatoire de recherches sur le non recours aux droits et aux services (ODENORE) s'est attaqué à cette question. À la lumière des travaux de Rode (2011) et de Warin

(2010), il y aurait, entre autres, trois déterminants du non recours : l'injonction à l'autonomie, la stigmatisation et l'intériorisation des contraintes.

Dans une société qui valorise l'autonomie individuelle, les services d'aide peuvent être perçus comme étant inacceptables. Accepter de l'aide peut être conçu comme une incapacité de répondre aux exigences de sa société, soit celle d'être autonome. À ce premier obstacle à l'utilisation des services se greffe un deuxième, soit celui de la stigmatisation. Peu de personnes souhaitent vivre avec une étiquette qui les déqualifie. Comme le suggère Warin (2010), plusieurs personnes préfèrent renoncer à un service et ainsi éviter d'être perçues comme dépendantes. En somme, la possibilité d'être stigmatisée comme étant incapable ou dépendante peut décourager plusieurs personnes de recourir aux services offerts. C'est dans un souci de contourner le problème lié à la stigmatisation que nous avons envisagé de renommer notre service d'aide, passant du *Bureau d'Aide à la Réussite* au *Bureau d'Accompagnement à la Réussite*. Par ce changement, nous voulons que les étudiant.e.s ressentent qu'elles et ils demeurent les maîtres d'œuvre de leur réussite et, par la même occasion, que le recours à nos services ne brime en rien leur autonomie.

Enfin, l'intériorisation des contraintes reste difficile à identifier. Toutefois, nous sommes régulièrement témoins d'étudiant.e.s qui croient qu'il y aurait des montants à déboursier ou encore qu'il y a une démarche administrative lourde pour avoir accès aux services. Ces interrogations font prendre conscience à notre équipe des barrières imaginaires qui finissent par s'incruster dans les esprits. Dans une société où la responsabilité individuelle est érigée en valeur supérieure, il devient difficile, pour certaines personnes, de s'imaginer bénéficier d'un service public ouvert à tou.te.s, et ce, gratuitement.

Il est de plus en plus évident pour nous que l'accompagnement aux études devrait se faire selon les besoins avérés plutôt que selon une étiquette préétablie ou un diagnostic. Toutefois, nous réalisons qu'il s'agit d'un changement de paradigme qui ébranle les manières habituelles de penser l'aide scolaire. Nous pensons néanmoins que le modèle actuel a démontré ses limites et qu'un changement s'impose.

Notes

1. Le QAEP comprend 26 questions fermées à choix de réponses; 9 d'entre elles portent sur des dimensions sociodémographiques. Les 17 autres questions visent

à évaluer le degré d'adaptation de l'étudiant aux études collégiales. Deux d'entre elles portent sur son degré de facilité au secondaire, une troisième sur son orientation scolaire et une quatrième sur le nombre d'heures par semaine consacrées à ses études collégiales. Par ailleurs, huit questions d'adaptation aux études cernent la perception que les participants ont de divers déterminants individuels de la réussite comme, par exemple : «je suis certain.e d'être dans le bon programme d'études», «j'ai tendance à me décourager face aux difficultés scolaires» ou encore «je suis motivé.e par mes études». Finalement, cinq questions cernent plutôt des déterminants environnementaux liés à la réussite scolaire tels que : «je me sens soutenu.e par ma famille» ou «mes professeur.e.s sont soutenant.e.s».

2. Le calcul de la cote R tient compte des résultats qu'a obtenus l'étudiant.e au secondaire dans les matières où il y a des évaluations ministérielles, tout en tenant compte de la force du groupe dans lequel il/elle se trouve.

Références

- Barbeau, Denise, (2007). *Interventions pédagogiques et réussite au cégep : méta-analyse*. Québec : Presses de l'Université Laval, 426 p.
- Chénard P., E. Francœur et P. Doray, (2007), *Les transitions scolaires dans l'enseignement postsecondaire : formes et impacts sur les carrières étudiantes*. Note de recherche, Montréal, Université du Québec à Montréal : Centre interuniversitaire de recherche sur la science et la technologie.
- CRÉPAS – Conseil régional de prévention de l'abandon scolaire du Saguenay–Lac-St-Jean, (2009). *Rôle des enseignants dans la persévérance scolaire des jeunes : réflexions et écrits*, 34 p.
- CSE – Conseil supérieur de l'éducation, (2008). *Au collégial. L'engagement de l'étudiant dans son projet de formation : une responsabilité partagée avec les acteurs de son collège*, Québec : Gouvernement du Québec, 102 p.
- Demetriou, H., P. Goalen & J. Rudduck, (2000). «Academic performance, transfer, transition and friendship: listening to the student voice». *International Journal of Educational Research*, vol. 33, p. 425-441.
- Dorard, G., C. Bungereret S. Berthoz, (2013). «Estime de soi, soutien social perçu, stratégies de coping, et usage de produits psychoactifs à l'adolescence», *Psychologie française*, vol. 58 (2), p. 107-121.
- Essopos, I., (2013). *Maintien et changement de programme chez des étudiants du collégial en relation avec leur structure identitaire*, thèse présentée comme exigence partielle du doctorat en éducation, UQAM, 219 p.
- Ferguson, S. J. et S. Wang, (2014). «L'obtention d'un diplôme au Canada : profil, situation sur le marché du travail et endettement des diplômés de la promotion de 2009/2010». Statistique Canada, n° 81-595-M au catalogue, 72 p.
- Gouvernement du Québec, (2016). *Budget 2016-2017. Plan pour la réussite en éducation et en enseignement supérieur*. Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 60 p.
- Groupe d'action sur la persévérance et la réussite scolaires au Québec, (2009). *Savoir pour pouvoir : entreprendre un chantier national pour la persévérance*

- rance scolaire, Rapport, Montréal, 67 p.
- Janosz, M., S. Pascal, L. Belleau, I. Archambault, S. Parent et L. S. Pagani, (2013). «Les élèves du primaire à risque de décrocher au secondaire : caractéristiques à 12 ans et prédicteurs à 7 ans», *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2010) — De la naissance à 12 ans*, Institut de la statistique du Québec, vol. 7, fascicule 2, 24 p.
- Janosz, M., I. Archambault, J. Morizot et L. S. Pagani, (2008). «School Engagement Trajectories and Their Differential Predictive Relations to Dropout». *Journal of Social Issues*, vol. 64 (1), p. 21-40.
- Kamanzi, P. C., P. Doray, S. Bonin, A. Groleau et J. Murdoch, (2010). «Les étudiants de première génération dans les universités : l'accès et la persévérance aux études au Canada». *Revue canadienne d'enseignement supérieur*, vol. 40(3), p. 1-24.
- Lambert, M., K. Zeman, M. Allen et P. Bussière, (2004). *Qui poursuit des études postsecondaires, qui les abandonne et pourquoi : résultats provenant de l'Enquête auprès des jeunes en transition*, Statistique Canada, Culture, tourisme et Centre de la statistique de l'éducation, n° 81-595-MIF au catalogue, 39 p.
- Lieury, A. et F. Fenouillet, (2013). *Motivation et réussite scolaire*, 3^e édition. Paris : Dunod.
- Lupien, S., (2010). *Par amour du stress*, Montréal, Éditions au Carré.
- MELS - Ministère de l'Éducation du Loisir et du Sport (2013). *Indicateurs de l'éducation, édition 2012*, Gouvernement du Québec, 146 p.
- OCDE — Organisation de coopération et de développement économiques, (2015). *Regards sur l'éducation 2015 : Les indicateurs de l'OCDE*, Éditions OCDE.
- Pica, L. A., N. Plante et I. Traoré, (2014). «Décrochage scolaire chez les élèves du secondaire du Québec, santé physique et mentale et adaptation sociale : une analyse des principaux facteurs associés». Institut de la statistique du Québec : *Zoom Santé*, vol. 46, Septembre 2014, 20 p.
- Poirier, M., A. Lessard, L. Fortinet E. Yergeau, (2015). «La perception différenciée de la relation élève-enseignant par les élèves à risque et non à risque de décrochage scolaire», *Nouveaux cahiers de la recherche en éducation*, vol. 16 (1), p. 1-23.
- Rode, A., (2011). «Éloignement des services publics : contraintes et sens critique», *Revue du CREMIS*, vol.4(3), p 24-32.
- Roy, J., (2015). *Regard sur les cégépiens et la réussite scolaire, Un point de vue sociologique*. Les Presses de l'Université Laval, 191 p.
- Shaienks, D., T. Gluszynskiet J. Bayard, (2008). «Les études postsecondaires — participation et décrochage : différences entre l'université, le collège et les autres types d'établissements postsecondaires», Statistique Canada, *Ressources humaines et Développement social Canada*, n° 81-595-M au catalogue - n° 070, 40 p.
- Tinto, V., (2012). «Enhancing student success: Taking the classroom success seriously». *The International Journal of the First Year in Higher Education*, vol. 3 (1), p 1-8.
- Warin, P., (2010). «Ciblage, stigmatisation et non recours», *Revue du CREMIS*, vol. 3 (2), p.16-22.



cmca mmviii

La diversité de populations sans domicile ou à risque de l'être

Accepter de voir

Christopher McAll
Département de sociologie
Université de Montréal
Membre du CREMIS

Vu dans l'ensemble, le Colloque national en itinérance tenu au Québec en 2017 a permis de multiples présentations et échanges sur une diversité de populations sans domicile ou à risque de l'être, sur des approches à privilégier dans l'«accompagnement» de ces populations, sur des contraintes et opportunités qui font partie de la vie des équipes et organismes, ainsi que sur la co-construction des connaissances et leur partage dans le cadre de «communautés de pratiques», de formation et d'échanges inter- et intra-régionaux.¹

Les principaux enjeux et défis soulevés lors de ce premier Colloque national en itinérance ont fait l'objet du document *Responsabilités collectives et pratiques croisées* (McAll 2019). Dans le présent texte, je présente une synthèse des constats principaux qui sont traités en profondeur dans ce dernier document. Les termes ou passages entre guillemets sont repris tels quels des fiches synthèses soumises par les personnes et organismes présentant des communications au colloque, ainsi que des notes d'atelier. Dans ce dernier cas, il s'agit de propos retenus lors des échanges par les personnes responsables de la prise de notes. Tout en voulant restituer les positions présentées le plus fidèlement possible, le document dont est tirée cette synthèse ne peut prétendre à l'exhaustivité et reflète nécessairement l'interprétation qui est faite de ces positions par l'auteur, qui en assume l'entière responsabilité.

Les populations désignées

Pour la grande majorité des présentations faites au colloque, une population est identifiée comme faisant l'objet du projet ou de l'organisme dont il est question. De façon générale, on peut faire la distinction entre trois façons de nommer ces populations : 1) en tant que personnes identifiées



cmca mxxvi

comme «itinérantes» ou «en situation d'itinérance»; 2) en tant que personnes faisant partie d'une population plus large qui est «à risque d'itinérance»; 3) ou en tant que personnes faisant partie de certaines catégories spécifiques de la population (femmes, hommes, jeunes, aînés, etc.).

Dans le premier cas, il peut s'agir de «personnes en situation d'itinérance», de «personnes itinérantes», de «populations itinérantes», d'«itinérants», de personnes «à la rue» ou «sans domicile fixe».² L'itinérance dont il est question peut être qualifiée d'«épisode» ou de «chronique». Parfois, on parle «d'hommes, de femmes et de jeunes à la rue», ou «d'adultes en situation d'itinérance» introduisant une différenciation ou une spécificité sur le plan du genre ou de l'âge. Cette manière générale de nom-

mer une catégorie de la population en lien avec l'itinérance, s'accompagne d'échanges en atelier sur la difficulté d'identifier et de quantifier la population ainsi nommée, une difficulté qui s'exprime, entre autres, par la notion d'«itinérance cachée».

Dans les échanges portant sur le dénombrement, la question de l'«itinérance cachée» est au cœur des débats. On remarque, par exemple dans le cas de la prévention de l'itinérance chez les jeunes, que «l'absence d'une définition claire et commune de 'l'itinérance', de la 'jeunesse' et même de la 'prévention' demeure une caractéristique fondamentale de la littérature sur le sujet [...] Nos manières de concevoir le problème de l'itinérance jeunesse et de leurs limites dévoilent une réalité de plus en plus cachée, invisible».

Le problème de l'invisibilité serait tout particulièrement présent dans le cas des femmes : «si une femme vit avec un homme qui est violent, la limite de ce qui est itinérance cachée ou non peut devenir floue. Ça complexifie encore plus le travail de compter les gens». On pourrait conclure qu'une femme

qui est en logement avec un homme violent, même si elle a vécu et pourrait vivre encore des épisodes à la rue, n'est pas en situation d'itinérance dans le sens strict du terme («cachée» ou pas) au moment présent. Un des responsables du dénombrement fait part du constat que «les personnes en situation d'itinérance cachée avaient sensiblement le même profil que celles en situation d'itinérance visible, mais que leur nombre est presque impossible à mesurer». D'autres soulignent que le terme «itinérance cachée» est «problématique» : «Devrait-on parler de pauvreté? Enlever l'étiquette pour sensibiliser la population? Sinon on est canné dans un terme».

Cette dernière remarque rejoint d'autres interventions qui questionnent le terme «itinérance» lui-même. Il s'agirait, par exemple, d'un «problème complexe réduit à un mot. L'itinérance, c'est un symptôme, pas une désignation». Il y a aussi la question de comment les personnes considérées comme des «itinérants» se définissent : «Se définir comment itinérant ou non? Les 'itinérants' ne se considèrent pas toujours comme tels».



cmca mmxviii

Dans le cadre d'une des discussions, un animateur remarque qu'on semble vouloir : «décloisonner la problématique de l'itinérance [...] ouvrir et réfléchir à autre chose» et une personne présente suggère de parler plutôt de l'«exclusion sociale». Ce qui permet à un membre d'une équipe mixte composée de policiers et d'intervenants sociaux et de santé de faire part de leur souhait d'enlever le mot «itinérance» dans «*Équipe itinérance*» et de le remplacer par «*Équipe santé urbaine*».

Un «bassin de gens» à risque

La vision de «personnes itinérantes» ou d'une «population itinérante», sans davantage de précisions quant à la diversité de cette population, peut rejoindre un certain regard ambiant qui homogénéise une population qui n'existe aux yeux des autres qu'en fonction d'une caractéristique – être dans la rue – et d'avoir les marques stigmatisantes de personnes qui ont cette condition. Cette façon de nommer la population est remise en question par certains en raison de ce qui vient avant d'avoir la condition d'«itinérant» ou d'arriver à la rue, ce qui est «en amont». Parler d'une itinérance «épisodique» ou même de «l'arrivée à la rue» présume que les gens viennent de quelque part dont l'étiquette «en situation d'itinérance» ne nous dit rien. Dire que certaines populations sont «à risque d'itinérance» ne nous dit pas plus sur pourquoi elles sont à risque, le problème étant identifié ici à l'itinérance comme telle, comme condition, et non pas à ce qui la précède.

Une bonne partie des présentations et discussions tournent autour de ce qui vient avant, sur les populations qui sont «vulnérables», en «rupture sociale» ou à «risque de se désorganiser», qui vivent avec peu de moyens et, pour beaucoup d'entre elles, sur l'aide sociale. En souhaitant intervenir en amont du passage à l'itinérance, l'idée de «populations à risque» peut nous mener à identifier un «bassin de gens beaucoup plus important» qui risquent de se retrouver «à la rue» : «On a un portrait à un moment X du parcours et on sait que le processus qui mène à la rue (je n'aime pas le terme 'itinérance') c'est une histoire, c'est un parcours. Il y a des choses en amont [...] il faut s'intéresser aux problèmes des gens avant qu'ils ne soient chronicisés [...] s'intéresser aux gens qui sont sur l'aide sociale, avec une toute petite prestation et voir comment ils arrivent à stabiliser leur résidence. Vous auriez de grosses surprises. Le bassin de gens qui risquent de se retrouver à la rue serait beaucoup plus important».

La notion d'une «population à risque d'itinérance» (sans davantage de différenciation interne ou de



cmca mmxvi

précision) devrait, selon ce point de vue, être remplacée par une conception beaucoup plus large, comprenant par exemple, «tout locataire bénéficiant d'un logement subventionné et à risque de se trouver à court ou moyen terme en situation d'instabilité résidentielle». En toute logique, cette façon de voir la population oblige à tenir compte d'une diversité de parcours de vie et de catégories de la population dont le passage à l'itinérance serait un symptôme ou un indicateur de problèmes en amont plutôt que le problème à résoudre en soi.

Les populations nommées

Plusieurs présentations prennent cette orientation en nommant plus précisément les parcours et expériences spécifiques dont il faudrait tenir compte. Quoiqu'il y ait de multiples chevauchements et d'entrecroisements entre ces catégories, il demeure possible d'identifier les populations suivantes nommées dans les différents présentations et échanges qui s'éloignent de la définition homogénéisante de «personnes itinérantes» : femmes, hommes, jeunes, aînés, personnes autochtones/Premières nations, personnes LGBTQ, personnes avec une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme, personnes avec problèmes de santé mentale ou physique, personnes en situation d'itinérance avec enjeux de consommation, personnes en situation d'itinérance avec problèmes de nature judiciaire.

Mieux connaître et comprendre ces parcours – et

RETOURS

«Dans la mesure où ces identités peuvent remplacer ou masquer l'histoire et l'identité plus globale des personnes, on pourrait parler d'identités de remplacement.»

non pas juste leur aboutissement sous la forme de l'itinérance – ressort comme un des défis principaux identifiés dans ce colloque. La notion de «parcours de vie» elle-même met l'accent sur le passage du temps et les effets à long terme de ce qui est vécu, par exemple, comme adolescent ou jeune adulte. Pour chacune des catégories identifiées, on fait ressortir des traits particuliers qui exigent des approches adaptées : assurer la sécurité des femmes; prendre conscience de l'impact sur les hommes d'une «masculinité hégémonique» prônant des façons d'être et d'agir qui feraient violence aux hommes eux-mêmes, les renfermant dans des voies apparemment sans issue; permettre aux jeunes de compléter le «passage ardu» vers la vie adulte et aux aînés de vivre le passage vers la fin de vie dans la dignité; savoir comment travailler avec les communautés autochtones et inuit dans un contexte de forte stigmatisation et de marginalité sinon de racisme; être conscient de l'homophobie et de la transphobie que peuvent vivre les jeunes LGBTQ; soutenir l'autonomie fonctionnelle des personnes identifiées avec une déficience intellectuelle.

Toutes ces catégories de la population sont susceptibles d'avoir des problèmes de santé mentale ou physique, d'autant plus que l'expérience d'itinérance peut exacerber ou créer de tels problèmes. Elles peuvent aussi avoir des problèmes de consommation de substances qui ont contribué à l'arrivée à la rue et font partie de leur vie une fois en situation d'itinérance. L'expérience à la rue, en lien avec la santé mentale, la consommation de substances ou, tout simplement, le fait d'être une «personne itinérante» et d'être ciblée pour des contraventions, peut aussi donner lieu à la judiciarisation et, le cas échéant, à l'incarcération. Ces dimensions de l'expérience des populations, qui sont, par ailleurs, situées en termes de genre ou de diversité sexuelle, d'âge ou d'origine autochtone ou non-autochtone, peuvent, à leur tour, devenir les étiquettes identitaires principales aux yeux de la population, pour les réseaux institutionnels et communautaires et même dans leur perception d'elles-mêmes.

Ces identités qu'on pourrait appeler «transversales» deviennent ainsi des identités en soi qui peuvent remplacer, en quelque sorte, les autres identités. Il y aurait ainsi les personnes en situation d'itinérance qui ont «des problèmes de santé mentale», qui ont des «problématiques de santé physique ou psychiatrique», qui ont vécu «des traumatismes complexes», qui ont «un traumatisme craniocérébral»; il y en a également qui «vivent avec des enjeux importants de consommation d'alcool ou de drogues», qui «consomment des drogues par injection ou inhalation»; et il y a celles qui ont des «problèmes de nature judiciaire», qui font «souvent l'objet d'une applica-



cmca mmxviii

tion induite de mesures judiciaires», qui sont «aux prises avec des problèmes de justice», ou qui sont, au bout du processus, des «personnes ex-détenues». Différentes combinaisons sont aussi possibles, dont, par exemple, les personnes qui ont «commis des infractions criminelles avec problématique en santé mentale».

Dans la mesure où ces identités peuvent remplacer ou masquer l'histoire personnelle et l'identité plus globale des personnes, on pourrait parler d'identités de remplacement qui seraient en partie attribuables à l'expérience d'itinérance elle-même comme «traumatisme» supplémentaire, ou comme identité homogénéisante et stigmatisante. La condition réelle et partagée par ceux et celles qui sont en situation d'itinérance peut finir par laisser croire à l'existence d'«une» population qui partage des conditions et traits semblables et qui nécessite un type d'intervention d'urgence spécialisée. Parmi ces conditions et traits se retrouvent la pauvreté extrême, le maintien difficile d'une hygiène personnelle, les troubles mentaux et les problèmes de santé physique aggravés par (ou découlant de) l'expérience d'itinérance elle-même, les dépendances accrues, le vieillissement accéléré, entre autres. La population environnante et le système de santé et des services sociaux ont tendance à ne voir qu'elle et non pas la diversité de populations et de parcours «en amont» de cette condition. Il peut s'agir, pour le système, d'une «population» comme une autre avec ses propres besoins spécifiques.

La condition sociale de «personne en situation d'itinérance» peut finir ainsi par cacher la diversité de cette population. Les identités de remplacement – malade mental, toxicomane, ex-détenu – peuvent «expliquer» à leur tour l'itinérance et camoufler, pour de bon, les «réalités distinctes» des populations concernées. Ici ce n'est pas l'«itinérance cachée» qui est l'enjeu, mais l'«itinérance» qui cache.

Accompagnement et contraintes

Une bonne partie des échanges au colloque portent sur les façons de faire pour mettre les personnes «au centre» de l'intervention. Par exemple, en créant un lien de confiance là où la méfiance est omniprésente dans la vie de la personne; en situant la personne dans son parcours de vie; en écoutant son histoire; en répondant aux besoins et aux souhaits de la personne, plutôt que de lui imposer une démarche préconçue de l'extérieur; en s'engageant auprès de la personne dans le temps long.

Plusieurs de ces façons de voir et de faire sont illustrées par des techniques ou des «trucs» qui sont

mis en débat. On se demande ce que veut dire «accompagner», comment ce type d'approche «holiste» se distingue-t-il de l'«intervention» comme telle, vue comme étant plus ponctuelle et ciblée. Il est suggéré de «désinterventionnaliser» la relation d'aide avec les personnes en les accompagnant et que ce type d'approche est davantage caractéristique du milieu communautaire que du milieu institutionnel. Mais, comme dit l'un des participants, les choses «bougent» et certains milieux «institutionnels» présents disent vouloir changer leurs façons de faire, en se rapprochant des populations et de leur milieu de vie, pendant que le milieu communautaire invente des approches cliniques où les soins sont pensés et donnés autrement.

Tout en ayant cette volonté collective apparente d'être près des gens et de les accompagner à travers des périodes plus ou moins longues de leur vie, en visant leur «stabilisation résidentielle», leur réintégration sociale ou tout simplement leur bien-être selon leur propre définition, les «accompagnateurs» et intervenants feraient face à des contraintes considérables. Il s'agit, bien sûr, de contraintes en termes de ressources matérielles et humaines, avec des sources de financement souvent limitées et imprévisibles, mais aussi de contraintes de temps. «Prendre le temps» nécessaire avec la personne est peut-être le trait principal de tout accompagnement



cmca mmxvi

RETOURS



cmca mmxviii

réussi, mais les besoins sont sans limites et le temps manque, d'où un sentiment d'essoufflement. Le milieu institutionnel peut finir par prendre beaucoup de temps à suivre une personne, justement parce qu'il ne peut prendre le temps nécessaire avec la personne au début pour bien le comprendre et le connaître.

Quand les intervenants se mettent en réseau, certaines de ces contraintes seraient surmontées, même si le «clash des cultures» et les attentes de part et d'autre ne sont pas toujours faciles à concilier. Sont présentées des façons de faire qui ont réussi, jusqu'à un certain point, à permettre à des acteurs variés de travailler ensemble et de compenser les limites de chacun. Ce type de travail est facilité par la proximité. Dans certaines régions, l'éloignement des ressources les unes des autres complique la vie, non seulement des personnes qui

doivent faire appel à leurs services, mais aussi des personnes qui portent les services elles-mêmes – le travail de réseautage étant complexifié par la distance. Même dans le cadre d'une grande ville, les ressources, telles que les centres de jour, peuvent être concentrées à un endroit – typiquement au centre – et les personnes vivant ailleurs n'y ont que peu d'accès.

Toutes ces «réalités» populationnelles et régionales distinctes exigent une somme de connaissances diverses et le colloque a permis de partager une partie de ces connaissances. On souhaite pouvoir s'inspirer des autres, avoir de la formation, transférer des façons de faire d'une région à l'autre, développer des «communautés de pratiques». Mais les budgets manqueraient et le temps aussi pour effectuer de tels transferts, pendant que rien ne peut être transféré «tel quel», compte tenu des diffé-

rences de contexte. Le partage des savoirs soulève aussi la question des savoirs d'expérience et la place de ces savoirs dans l'amélioration des pratiques. Même si plusieurs souhaitent mettre la «personne au centre» de l'intervention, il semble que les savoirs de ces personnes ne seraient pas toujours vus comme étant centraux pour (re)penser les manières de faire. Certains chercheurs soulèvent justement la difficulté d'avoir accès à ces savoirs d'expérience et le problème de se limiter aux regards des intervenants.

Aboutissements

En somme, ce colloque a fait voir un champ dont la complexité est le reflet des multiples populations qui ont, par définition, un ensemble de problèmes liés à leurs conditions matérielles de vie, à leur santé physique et mentale, à leur sécurité et à leurs rapports avec les autres. La compréhension de ce que vivent ces populations et de leurs divers parcours de vie se voit entravée par la catégorie réductrice de l'«itinérance», catégorie qui réduit ces populations à des traits d'apparence ou comportementaux qui sont l'aboutissement d'expériences de vie qu'on ne veut pas ou qu'on ne peut pas voir. Accepter de voir, de comprendre et d'agir sur ces parcours de vie est la «responsabilité collective» que ce colloque a voulu apporter sur la place publique. Dans les mots d'un des participants : «quand les gens sont rendus au bout du rouleau il est un peu trop tard. Il y a des dommages importants qui ont été causés [...] On a une responsabilité collective! [...] On peut-tu s'attaquer à certaines causes qui sont incontournables?»

Notes

1. Le Colloque national en itinérance, qui s'est tenu les 19 et 20 octobre 2017 au Collège Maisonneuve à Montréal, a été financé par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Le MSSS a mandaté le Centre de recherche de Montréal sur les inégalités sociales, les discriminations et les pratiques alternatives de citoyenneté (CREMIS), partie intégrée du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Centre-Sud-de-l'île-de-Montréal, pour en assurer son bien-fondé scientifique, sa planification et sa réalisation.

Références

McAll, Christopher (2019), *Responsabilités collectives et pratiques croisées : les principaux enjeux et défis soulevés lors du premier Colloque national en itinérance*, Montréal, CREMIS, 2019 (disponible au www.cremis.ca).



cmca mmxix

COLLECTION

PROBLÈMES SOCIAUX
ET INTERVENTIONS SOCIALES



Les sociétés de l'expérimentation

Enjeux épistémologiques,
éthiques et politiques

Sous la direction de
Tarik Benmarhnia
Pierre-Marie David
Baptiste Godrie

Débat sur
l'expérimentation sociale
et lancement de l'ouvrage
mercredi 11 septembre 2019
de 13h30 à 16h30, au CREMIS, 66, Sainte-
Catherine Est, Montréal, salles 602-603



Presses
de l'Université
du Québec