

Revue du

CREMIS

Voir les (in)égalités

Le positionnement des acteurs
Intersectionnalité, inégalités, santé
Réduction identitaire et approche globale

AUTOMNE 2015

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

Vol. 8 No.2



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

Équipe de production pour ce numéro: Christopher McAll, Geneviève McClure, Rachel Benoit, Jean-Baptiste Leclercq, Nadia Giguère.

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 de la page couverture: CCoflickrCreativeCommons



CC0/flickr/CreativeCommons

Inégalités sociales

Discriminations

Pratiques alternatives de citoyenneté

Voir les (in)égalités

«le regard et l'action sur les inégalités sociales reposent sur le positionnement des acteurs [...] bien plus que sur le fait qu'ils appartiennent au champ du social ou de la santé...»

«Les groupes minoritaires [...] se voient ainsi triplement victimes d'inégalités sociales...»

«l'insécurité alimentaire serait un des principaux indicateurs d'une distribution de la richesse où la privation des uns va de pair avec la surabondance dont bénéficient les autres»

(suite à la page 16)

SOMMAIRE

REGARDS

Au-delà de l'urgence: La Maison autochtone de Montréal
Manuel Penafiel

4

Hygiénistes dentaires en CSSS et le non-recours aux soins: changements de pratiques
Amélie Robert

9

DOSSIER

Voir les (in)égalités

Rencontre entre le social et la santé: Les inégalités sociales et le positionnement des acteurs
Baptiste Godrie, Marie-Claude Rose, Groupe des Sept

16

L'approche « intégrée » des rapports sociaux inégalitaires: Intersectionnalité, inégalités sociales et santé
Estelle Carde, Emmanuelle Bernheim, Dominique Bernier, Nadia Giguère

22

Inégalités sociales et insécurité alimentaire: Réduction identitaire et approche globale
Christopher McAll et al.

28

RETOURS

Promouvoir l'intervention collective dans les Auberges du coeur: Recherche-action participative et co-construction des connaissances
Jean-François René, Elisabeth Greissler, Isabelle Morissette

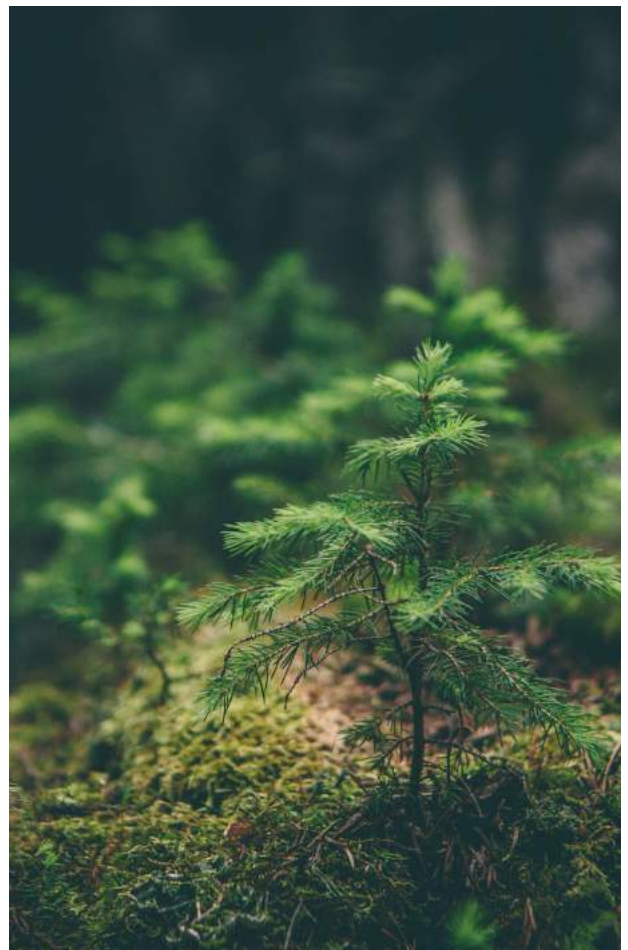
35

Mobilité et précarité résidentielle en région: Bouger pour être
Aude Fournier, Marie-Claude Rose, Christopher McAll, Roch Hurtubise

40

Portrait des femmes en situation d'itinérance: De multiples visages
Lucie Gélinau et al.

48

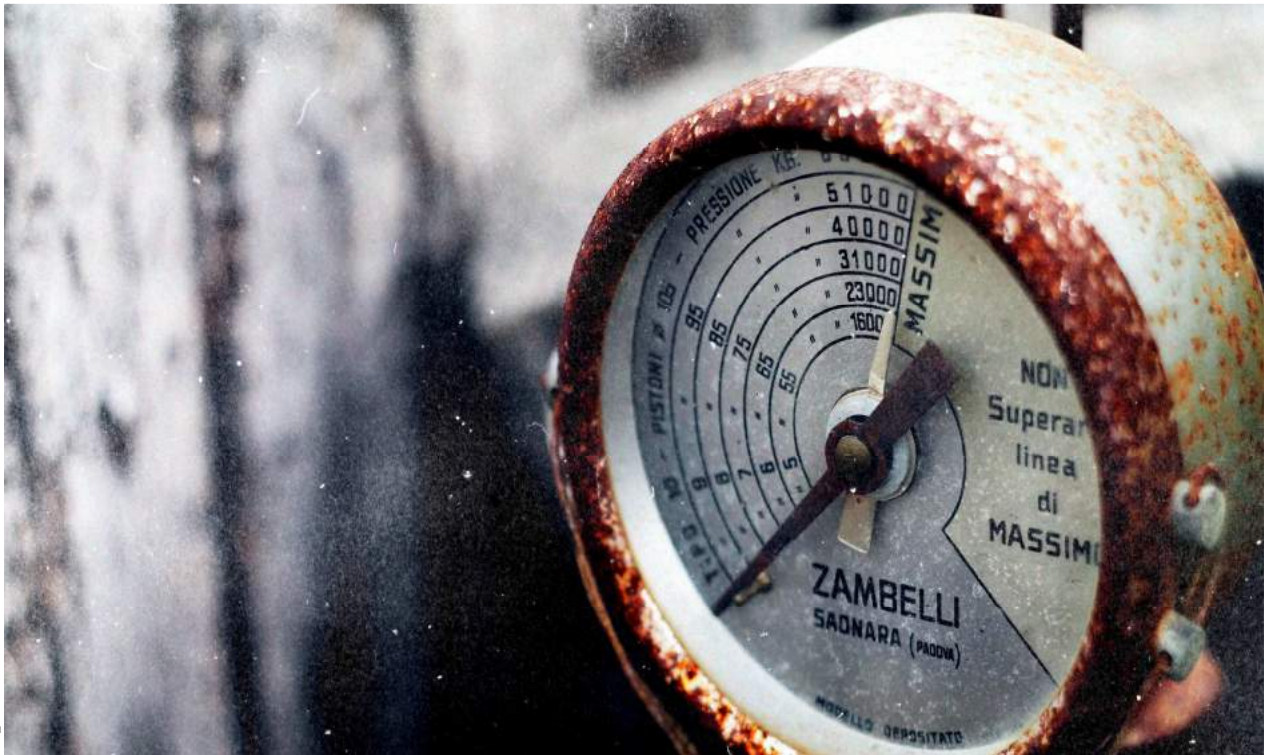


CC0/flickr/CreativeCommons

Au-delà de l'urgence

La Maison autochtone de Montréal

REGARDS



EL_ZoufflickrCreativeCommons

Manuel Penafiel

Organisateur
communautaire
CIUSSS-CSMTL

Le seul centre d'hébergement autochtone pour hommes et femmes dans la grande région métropolitaine de Montréal, Projets autochtones du Québec (PAQ), s'est vu dans l'obligation de se relocaliser. Dans ce texte, Manuel Penafiel, organisateur communautaire au CIUSSS Centre-sud-de-Île-de-Montréal, qui a accompagné l'équipe de PAQ dans ce long processus, raconte les défis et les moments forts de cette aventure qui rappellent la marginalisation et la précarité des Autochtones à Montréal.

L'itinérance autochtone, relativement marginale avant les années 2000 à Montréal, contrairement aux villes à l'ouest du Québec, s'est développée de façon importante ces dernières années.¹ L'itinérance chez les Autochtones au Canada est trois fois plus importante que chez les Allochtones. Alors qu'ils représentent 3 % de la population canadienne, 10 % de la population itinérante du Canada est composée d'Autochtones.² Cette situation est le reflet des conditions vécues par les membres des Premières nations et des Inuits. Celles-ci sont d'ordre économique, social, politique et culturel : inégalités sociales et économiques, exclu-

sion sociale et tutelle politique. Si les Autochtones urbains sont plus à risque que d'autres groupes sociaux de vivre des situations de grande pauvreté et d'itinérance, c'est parce qu'ils sont isolés et marginalisés dans les villes où ils sont amenés à vivre. Ils risquent, en raison de leur origine ethnique, d'être plus directement confrontés au racisme et à l'exclusion sociale.³

Deux grands traumatismes ont eu des effets dévastateurs chez les peuples autochtones. La colonisation et la législation raciste et punitive de la fin du XIX^e siècle, dont les pensionnats autochtones sont le symbole le plus fort du génocide culturel de l'État. Leur méfiance envers les Blancs se comprend à la lumière de leur histoire. Il est ainsi fréquent que les personnes itinérantes des Premières nations refusent d'aller vers les refuges de la métropole. Beaucoup d'entre elles ont connu les écoles résidentielles tenues par des religieux blancs. Les grands refuges sont encore empreints d'un certain héritage religieux, ne serait-ce que dans leurs noms. Pour certains, s'adresser à ces refuges, c'est leur demander de retourner vers leurs traumas ou celui de leurs parents. Plusieurs personnes témoignent d'un sentiment de discrimination à leur égard lorsqu'ils fréquentent ces ressources. Cette expérience discriminatoire peut être assimilée à celle vécue au quotidien par les membres des Premières Nations et les Inuits.

Hébergement d'urgence

C'est dans ce contexte que *Projets autochtones du Québec* (PAQ) est né. Ce qui était au départ un organisme d'intégration sociale s'est transformé, sous l'impulsion de la Ville de Montréal, en un refuge d'urgence. PAQ est le seul centre d'hébergement autochtone mixte localisé dans la grande région métropolitaine de Montréal. Ce sont surtout des hommes, issus de différentes communautés des Premières nations, Inuits et Métis présentes sur le territoire du Québec, qui fréquentent le refuge. Actuellement, la mission première de l'organisme est de fournir de l'hébergement d'urgence. À titre d'exemple, l'organisme a accueilli environ 350 personnes en 2013-2014. C'est pourquoi PAQ voudrait servir de tremplin à une intégration sociale et urbaine, adaptée culturellement aux réalités et aux difficultés sociales que vivent ces personnes. Il offre actuellement 45 lits d'urgence (9 lits pour femmes, 36 lits pour hommes et des matelas d'urgence); un service de repas (plus de 16 000 repas servis en 2014-2015, soit une augmentation de 14 % par rapport à l'année

précédente) et des activités culturelles.

PAQ développe une approche centrée sur la culture. L'organisme attache une importance capitale au fait d'intervenir dans la langue des hommes et des femmes qui le fréquentent. Il tente de recruter les membres du conseil d'administration, les intervenants et les bénévoles issus des différents peuples autochtones du Québec, tout en créant un espace culturellement sécuritaire pour des personnes ayant un passé collectif façonné par des traumatismes multigénérationnels importants, liés au dépouillement culturel.

Relocalisation

Les locaux occupés par PAQ sont la propriété du CSSS Jeanne-Mance (maintenant intégré au CIUSSS-CSMTL), mais prêtés par la Ville de Montréal, locataire des lieux. En 2005, cette dernière, alors en pleine crise du logement, cherche des locaux permettant aux grands refuges d'offrir des lits supplémentaires. Parallèlement, avec d'autres acteurs, elle identifie le besoin d'un refuge d'urgence pour les communautés autochtones. Elle demande alors à un groupe, qui se penche depuis peu sur la question de l'insertion sociale des sans-abris autochtones, s'ils veulent développer cette ressource. PAQ devient ainsi, sans avoir auparavant estimé cette éventualité possible, un refuge d'urgence. En 2009, lorsque le CSSS demande à récupérer le bâtiment, PAQ est incapable de se relocaliser. Le CSSS, pour sa part, doit se départir du bâtiment qui nécessite des travaux de rénovation majeurs.

Durant deux ans, PAQ et ses partenaires tentent en vain de trouver du financement et un emplacement pour la relocalisation. Une opportunité vient en 2011 avec la possibilité d'un financement provenant de la Stratégie des partenariats de lutte contre l'itinérance (SPLI). C'est dans ce contexte qu'un organisateur communautaire du CSSS reçoit le mandat d'accompagner le groupe dans son projet de relocalisation. Avec ce projet, PAQ souhaite consolider son action dans des locaux neufs et mieux adaptés aux besoins des personnes. Un deuxième volet de services sera déployé avec l'ajout de logements de transition. En effet, pour pouvoir réaliser le montage financier, le projet doit comporter un volet logements de transition, ce qui force le groupe à se positionner sur un développement qui, bien que souhaité et logique, arrive par la force des choses.

Malgré cette opportunité et le support des par-

« les Autochtones urbains [...] risquent, en raison de leur origine ethnique, d'être plus directement confrontés au racisme et à l'exclusion sociale »

tenaires, PAQ fait face à divers défis et difficultés. D'une part, les modalités de financement contraignent le groupe à se questionner sur le développement des services. D'autre part, le projet de relocalisation doit être pensé en termes de proximité et de facilité d'accès pour les personnes fréquentant PAQ au centre-ville. Le groupe doit également composer avec la réticence des arrondissements à accueillir l'organisme. Lors des deux années de recherche d'emplacements, 37 sites différents ont été pressentis. Plusieurs questionnements émergent alors : soit les coûts d'acquisition sont trop élevés, soit l'emplacement géographique est problématique. Souvent, c'est la ville centre ou les arrondissements qui écartent le projet. Les raisons invoquées pour le refus ne sont pas explicitement liées au fait qu'il s'agisse d'un refuge pour autochtones, mais force est de constater que le projet déclenche une certaine hostilité. Tout au long du processus de relocalisation, les arrondissements et certains groupes de citoyens se mobilisent pour faire en sorte que le projet ne se réalise pas sur leur territoire.

Partage

PAQ doit composer avec de multiples pressions qui le rendent responsable de trouver une solution au problème de relocalisation. Cependant, les obstacles et les solutions sont contrôlés par des tiers : les emplacements ciblés relèvent des arrondissements et les subventions sont octroyées par des bailleurs de fonds externes au projet. Alors que la SPLI n'accorde que la moitié du montant demandé, le conseil d'administration change de stratégie et demande la rénovation des locaux occupés par PAQ et de pouvoir y rester pour cinq ans. Cette

« Les raisons invoquées pour le refus ne sont pas explicitement liées au fait qu'il s'agisse d'un refuge pour autochtones, mais force est de constater que le projet déclenche une certaine hostilité. »

stratégie est jugée nécessaire afin de permettre à PAQ de consolider son approche clinique, sa structure financière et son conseil d'administration et ce, en vue de procéder à une relocalisation dans de meilleures conditions.

La proposition, qui ne sera pas retenue par l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, permettra toutefois à l'organisme de prendre du pouvoir et de se positionner dans le dossier de la relocalisation comme un acteur important, en mesure d'influencer le cours des événements. En effet, l'organisme qui travaille avec les institutions souvent de façon individuelle, s'assoit avec le Secrétariat aux affaires autochtones, le MSSS, l'Agence, la Ville de Montréal et le CSSS avec comme plan de partager une nouvelle vision des responsabilités. Le positionnement de PAQ renvoie plus spécifiquement à l'idée que ce n'est plus l'organisme qui a un problème de relocalisation, mais une communauté qui a un problème d'itinérance autochtone urbaine. Tous les acteurs partagent la responsabilité de devoir trouver une solution pour la communauté. L'offre de service peut être attribuée à PAQ, mais la construction d'un refuge et le support financier doivent être assumés par les différents paliers de gouvernement qui partagent une vision commune du problème et qui ont des responsabilités particulières.

Ce changement de vision n'a pas été accueilli de façon favorable par tout le monde. Trois éléments entrent en ligne de compte : la capacité de financer un projet d'immobilisation au centre-ville de Montréal (qui va payer ?), l'emplacement qui pourrait accueillir un refuge sans créer trop de désagréments au voisinage et la capacité de PAQ à soutenir le projet et à financer ses activités quotidiennes. Il fallait d'abord s'entendre sur le fait que la pertinence de PAQ pour Montréal était suffisamment grande pour que tous se mobilisent afin de doter la communauté d'un lieu où les femmes et les hommes autochtones puissent trouver un refuge sécuritaire culturellement. Il fallait également partager le fait que cette communauté vulnérable et en croissance a besoin de cette aide et qu'il est donc primordial pour la métropole de développer de nouvelles avenues. Enfin, il fallait arriver à un constat commun en ce qui a trait à la responsabilité collective de tous les partenaires autour de la table. En d'autres termes, PAQ insistait à ce moment-là sur la nécessité d'un engagement du politique permettant aux fonctionnaires d'agir sur la prémisse de la responsabilité populationnelle partagée. Cette vision n'était pas d'emblée partagée par tous les partenaires.

Un jeu d'alliance et d'influence s'est mis en place et, à tous les niveaux, des fonctionnaires ont travaillé à l'interne pour faire avancer ce dossier : partageant les constats, créant des liens, interpellant le politique et trouvant des solutions. Au bout d'un an de travail, les solutions financières ont été plus au moins trouvées, mais il restait à trouver un emplacement. Là aussi – et c'est compréhensible – les partenaires ne s'entendaient pas. Autoriser la venue d'un refuge dans un quartier est une démarche sensible.

Aboutissement

La volonté politique a permis aux différents acteurs à la fois de la scène municipale et provinciale de travailler ensemble. Un partenariat dans le vrai sens du mot, permettant le développement du projet et du groupe, s'est tissé. Cette collaboration n'a pas effacé les différences entre les acteurs (institutions, bailleurs de fonds et secteur communautaire), mais tous ont commencé à collaborer, à l'intérieur de leurs champs respectifs, sur une proposition partagée pour la communauté, chacun jouant son rôle avec son propre niveau d'imputabilité.



CC0/flickr/CreativeCommons

L'aboutissement de cette collaboration est le projet de la *Maison autochtone de Montréal* qui est actuellement en cours de réalisation. Cette maison est située à proximité de l'emplacement où PAQ a développé ses activités. Il s'agit d'un secteur où celles-ci sont acceptées par le voisinage et les acteurs du milieu. Ce secteur est également connu par les Autochtones en situation d'itinérance et vivant au centre-ville. La Maison autochtone aura deux bâtiments : un refuge pour la population autochtone itinérante et à risque d'itinérance et une maison de chambres de transition (quinze chambres et un studio adaptable pour personne vieillissante). Ces bâtiments seront munis d'une cour intérieure communautaire pouvant favoriser le soutien communautaire et la socialisation, des atouts précieux pour un mieux-être au sein de la

communauté.

Le projet de Maison autochtone permet de créer une structure dédiée au soutien d'une population vulnérable qui n'est pas ciblée par d'autres ressources. La Ville de Montréal se dote ainsi d'une infrastructure permettant le développement d'une réponse réfléchie et développée par des membres de la communauté concernée. La Maison sera aussi une structure de prévention et de sortie de la rue pour les membres des Premières nations, les Inuits et les Métis touchés, tout en offrant deux bâtiments neufs à la place d'un terrain vague et d'un bâtiment dégradé.

Entraide

Les personnes fréquentant PAQ en ce moment le font car elles retrouvent une communauté d'entraide et un lieu culturellement sécuritaire, semblable à ce qu'elles rencontrent dans leurs communautés de provenance. Cependant, comment parler de projet de vie quand l'organisme qui les accueille est lui-même en mode survie et les reçoit dans des espaces mal adaptés et peu salubres? Les nouveaux locaux permettront d'envisager de travailler au-delà des services d'urgence du refuge. Les chambres de transition pourront contribuer à encourager les membres à sortir de la rue. Le nombre croissant d'itinérants autochtones est imputable en partie aux problèmes de logement et de perspectives dans les communautés d'origine. Cette réalité fait en sorte que des personnes arrivant en ville avec des projets de vie finissent souvent à la rue, faute de structures d'accueil adéquates. Le projet de chambres de transition vise également les personnes qui ne présentent pas au départ un profil d'itinérance. L'idée est de les accueillir et de les orienter en les outillant. Par ailleurs, le processus de sortie de la rue peut se faire si on respecte un enchaînement d'interventions. Ainsi, l'accompagnement en refuge permettra d'aller en chambre de transition et l'accompagnement et le soutien en chambre de transition permettront l'intégration sociale menant à un niveau d'autonomie nécessaire pour avoir un logement autonome.

Pour l'organisme, s'établir dans des locaux en vue de répondre plus adéquatement à sa mission, de façon permanente, représente une prise de contrôle sur sa destinée. Le fait d'avoir un toit permanent permettra à PAQ de se concentrer sur le développement d'une stratégie d'intervention culturelle qui se veut holistique et axée sur le rétablissement physique et spirituel. Cependant, avec le projet d'immobilisation,

nous assistons à un tournant décisif pour PAQ. Les enjeux financiers sont toujours présents. Le financement des activités et des services courants demeure tributaire de subventions non récurrentes. À ce niveau, le travail de promotion et de collecte de fonds auprès des gouvernements et du secteur privé reste essentiel.

Partager la *responsabilité populationnelle*⁴ ne va pas toujours de soi. Ce partage n'implique pas les mêmes responsabilités pour tous et peut forcer les partenaires à faire des choix difficiles dans d'autres dossiers. Au-delà de la relocalisation, nous avons travaillé à créer une intervention qui agit sur plusieurs déterminants de la santé, en dotant la ville d'une infrastructure dédiée au travail d'intervention touchant le logement, la culture et la pauvreté. Enfin, cela doit permettre à un groupe unique à Montréal de se stabiliser et d'intervenir sur les processus de guérison propres aux peuples autochtones du Québec.

Notes

1. *L'action du gouvernement du Québec en itinérance depuis 2009 : Un bilan qui rappelle l'urgence d'instaurer une Politique en itinérance* ; Mémoire déposé à la Commission santé et services sociaux de l'Assemblée nationale ; Réseau d'aide aux personnes seules et itinérantes de Montréal (RAPSIM) ; 25 novembre 2011.

2. *Le phénomène de l'itinérance chez les Autochtones en milieu urbain du Québec*, Mémoire déposé dans le cadre des Audiences publiques de la Commission des affaires sociales sur le phénomène de l'itinérance, Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec; 12 novembre 2008, Québec

3. Ibid.

4. La «responsabilité populationnelle» fait partie des principes de la réforme de la santé de 2004-2005 où les CSSS exercent une responsabilité à l'égard de l'amélioration de la santé et du bien-être de la population de leur territoire. Ce type de responsabilité met à l'avant-plan la prévention et la promotion de la santé dans le continuum de services du CSSS et du réseau local qui lui est associé. Elle favorise des stratégies proactives, telle l'action partenariale et intersectorielle pour agir en amont et de façon efficace sur les principaux déterminants de la santé et du bien-être. Cette approche mise également sur le travail interdisciplinaire pour assurer un service adéquat et de qualité aux personnes résidant sur le territoire (*Plan d'action local en santé publique 2010 -2015*, CSSS Jeanne-Mance).

Hygiénistes dentaires en CSSS et non-recours aux soins

Changements de pratiques



REGARDS

CC0ffick/CreativeCommons

Les hygiénistes dentaires de l'équipe scolaire du CSSS Jeanne-Mance² faisaient face à une problématique particulière : que faire lorsqu'on rencontre un enfant qui a besoin de soins dentaires, mais dont les parents ne l'ont pas amené voir un dentiste, même dans un contexte où la plupart des frais sont couverts par l'assurance maladie?³ «Ça arrive qu'on réfère un enfant de la maternelle pour une carie, ils sont rendus en deuxième année, ils n'ont pas encore consulté de dentiste » (une hygiéniste dentaire).

Le *Plan d'action local en santé publique* donne le mandat aux hygiénistes dentaires de rencontrer tous les enfants inscrits en maternelle dans

les vingt écoles du territoire de Jeanne-Mance afin de faire du dépistage. Malgré qu'elles aient la possibilité de suivre les enfants à risques élevés de développer des caries jusqu'à ce qu'ils soient en deuxième année du primaire, elles ont de la difficulté à obtenir l'autorisation de suivi de la part de certains parents qui ne retournent pas les formulaires de consentement. Ce suivi consiste en des rencontres avec les enfants lors desquelles elles leur expliquent ce qu'il faut faire pour avoir une bouche et des dents en santé, les examinent pour détecter d'éventuels problèmes, peuvent effectuer des interventions comme la pose de scellants dentaires et l'application de fluor et, au besoin, avi-

Amélie Robert¹

Étudiante à la maîtrise,
sociologie,
Université de Montréal

sent les parents de la nécessité de consulter un dentiste.

Mise en commun

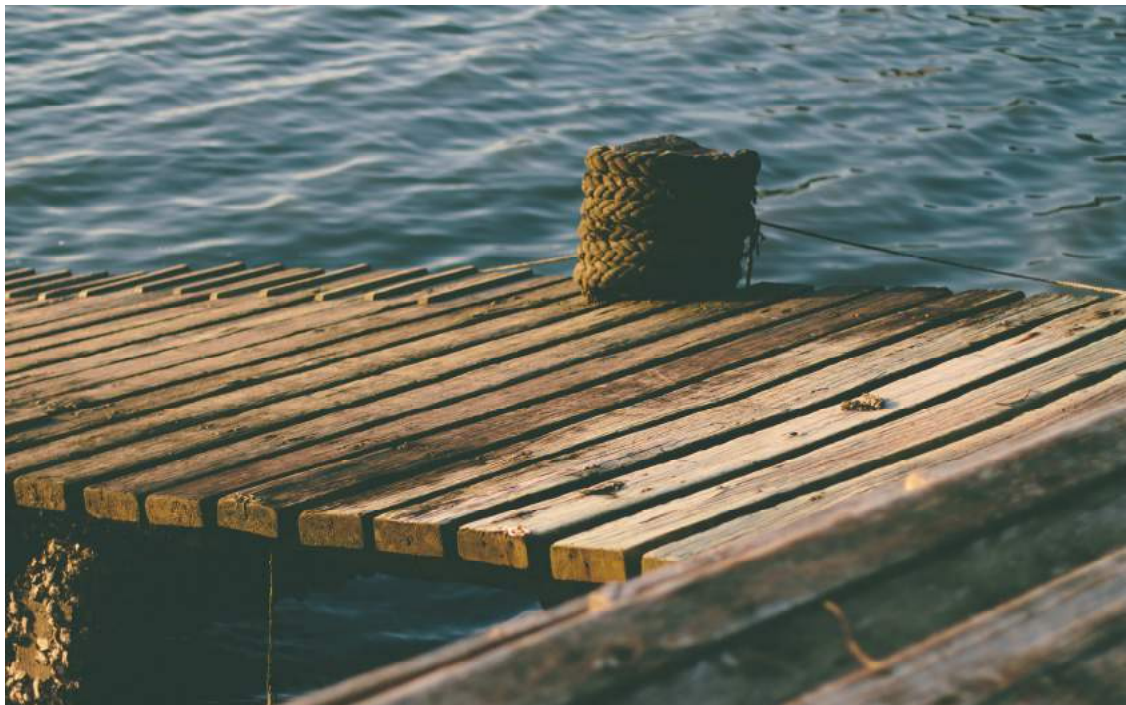
Lorsque l'équipe Alliance s'est implantée au CSSS Jeanne-Mance, la chef d'administration des programmes responsable de l'équipe scolaire a vu une opportunité de solliciter leur aide pour alimenter les réflexions des hygiénistes sur le non-recours aux soins. Alliance est un programme, lancé en 2013 par la Table régionale des directeurs du Programme-services Jeunes en difficulté de Montréal, visant à prévenir et à contrer la négligence envers les enfants en misant sur des collaborations plus étroites entre les différents acteurs du réseau. Ce programme pose la négligence comme un phénomène complexe qui renvoie à une diversité d'autres problématiques, dont le non-recours aux soins dentaires.

Comme les hygiénistes souhaitaient repenser leurs façons de faire dans une perspective préventive et préservant une approche non coercitive, elles ont saisi l'opportunité de s'associer au programme Alliance dans une démarche visant à mieux comprendre le non-recours aux soins dentaires et à identifier de quelle manière elles pourraient accompagner les parents. Un comité coordonné par les intervenantes de l'équipe

Alliance a donc vu le jour. En plus d'Alliance et des hygiénistes dentaires, ce comité incluait l'agent pivot *Écoles et milieux en santé*, une approche tirée d'une entente entre le Ministère de la Santé et des Services sociaux et le Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport visant à développer de meilleures pratiques au niveau de la prévention et la promotion de la santé et des saines habitudes de vie en milieu scolaire. Le comité incluait également la spécialiste en activités cliniques ainsi que la chef d'administration des programmes. Les membres du comité ont mis en commun leurs soucis, les enjeux rencontrés dans leur pratique, leur volonté de comprendre les raisons pour lesquelles les demandes des hygiénistes restaient sans réponses. Les intervenantes d'Alliance ont également contribué en offrant un regard extérieur et en mettant à profit leurs connaissances de l'approche écosystémique basée sur l'utilisation des réseaux entourant un enfant (famille immédiate, famille élargie, voisinage, etc.) pour prévenir et dénouer des situations difficiles liées à la problématique du non-recours aux soins dentaires.

Comprendre

Pour mieux comprendre les raisons pouvant expliquer le non-recours aux soins, les membres du comité ont identifié plusieurs enjeux liés aux



inégalités socioéconomiques et l'accessibilité aux soins de santé. D'abord, les hygiénistes dentaires ont remarqué, à travers leurs pratiques, que beaucoup de cas de non-recours ont lieu dans des familles ayant une situation économique précaire ou une situation d'immigration récente au Canada. Selon elles, le non-recours a des impacts sur la santé des enfants, mais aussi sur l'accessibilité future aux soins, notamment en raison des critères de couverture des frais par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). En effet, la santé générale de l'enfant peut être grandement affectée par le non-recours aux soins dentaires; l'enfant pourrait éprouver beaucoup de douleur, affectant son alimentation ou son sommeil, par exemple. De plus, le non-recours aux soins peut amener une dégradation de l'état de l'enfant engendrant des impacts à long terme à la fois sur sa santé, mais aussi sur la possibilité de se soigner. Par exemple, ne pas soigner une dent primaire (ou «dent de bébé») cariée peut amener à ce que cette dernière soit extraite. À son tour, l'absence de dent primaire peut avoir des impacts sur la future dent permanente (ou «dent d'adulte»). L'extraction demande également une autre intervention pour conserver l'espace pour la dent permanente. Or cette dernière n'est pas couverte par l'assurance maladie. Ainsi, dans certains cas, le recours rapide aux soins permet d'éviter des frais supplémentaires pour les familles et de réduire les obstacles auxquels elles font face pour obtenir ces mêmes soins.

Ainsi, les inégalités socioéconomiques et l'accessibilité aux soins de santé sont des facteurs influençant le non-recours selon les hygiénistes. Ne pas avoir accès aux connaissances sur la santé buccodentaire amène certaines familles à sous-estimer les impacts du non-recours aux soins sur la santé de l'enfant. Selon les hygiénistes, l'absence de recours aux soins buccodentaires par le passé augmenterait les chances que cette habitude persiste puisque les personnes peuvent méconnaître les démarches à suivre pour prendre un rendez-vous ou le fonctionnement d'un examen, par exemple. Ou alors, au contraire, il se peut que le recours aux services dentaires par le passé encourage le non-recours actuel. Par exemple, si une famille a eu la mauvaise surprise de recevoir un traitement non couvert par l'assurance maladie, elle sera possiblement plus réticente à utiliser les services d'un dentiste par la suite. De cette manière, l'accueil et l'information donnée par les dentistes ainsi que le facteur de compréhension du système de couverture par l'assurance maladie peuvent être aussi en jeu.

Moyens

En partant de ces constats, le comité a ciblé une approche de « prévention et de promotion », par la diffusion des connaissances sur la santé buccodentaire et sur la couverture des soins par l'assurance maladie, ainsi que par la « démythification » de la profession d'hygiéniste, particulièrement en milieu scolaire. Le groupe a donc réfléchi à divers moyens qui réduiraient les obstacles vécus par les familles lorsque les hygiénistes cherchent à obtenir des soins et les ont appliqués progressivement, mais leur mise en œuvre n'est pas encore complétée.

Avec l'aide du comité, les hygiénistes ont d'abord revu leurs pratiques pour favoriser une meilleure prise de contact avec les parents, notamment à travers les outils qu'elles emploient. Elles ont également pris le temps de collectiviser les étapes suivies lorsqu'une famille ne répond pas à leurs demandes. Cette mise en commun était souhaitée, car chaque hygiéniste avait sa propre manière de faire. Les changements apportés sont multiples. Par exemple, elles ont tenté de simplifier la lettre qu'elles envoient aux parents, entre autres, en vulgarisant les enjeux de santé. Elles y ont aussi ajouté un petit guide contenant des informations pratiques sur la prise de rendez-vous chez le dentiste et sur la manière de s'assurer que ce dernier réponde aux besoins. De plus, elles ont inclus une phrase en espagnol, bengali et mandarin, les trois langues les plus communes après le français et l'anglais sur leur territoire, pour informer les parents qu'ils peuvent avoir accès à une version traduite de la lettre. Elles ont également modifié la liste de dentistes du territoire qu'elles fournissaient aux parents, pour ne conserver que ceux qui sont affiliés à l'assurance maladie et qui acceptent les enfants. La liste devrait contenir ainsi environ cinq dentistes par quartier et permettra aux parents de choisir plus rapidement une clinique. Le classement des dentistes par quartier est également une stratégie afin que les parents puissent choisir un dentiste à proximité de leur domicile et ainsi réduire les inconvénients liés aux déplacements. Les hygiénistes sont aussi allées visiter quelques organismes communautaires de quartier avec leurs collègues travailleurs sociaux de l'équipe scolaire pour diffuser des connaissances sur la santé buccodentaire et faire connaître leur rôle à l'école. Ces visites visaient à rejoindre directement les parents et échanger avec eux. L'échange d'information se faisait également avec les intervenants des organismes. Ceux-ci peuvent être d'importants agents multiplicateurs pour diffuser des infor-

« les inégalités socioéconomiques et l'accessibilité aux soins de santé sont des facteurs influençant le non-recours selon les hygiénistes »

mations aux familles qui n'ont pas pu échanger avec les hygiénistes.

Au sein même du CSSS, les hygiénistes dentaires, avec l'aide d'Alliance, de leur chef de programmes, de la spécialiste en activités clinique et de l'agent pivot *École et milieu en santé*, ont cherché à décloisonner leur travail et à établir de nouvelles collaborations entre différents services. Entre autres, avec les différents outils informatiques à leur disposition, les hygiénistes peuvent initier des contacts avec d'autres équipes du CSSS qui connaissent la famille et qui peuvent représenter une porte d'entrée afin de pouvoir discuter avec celle-ci.

Impacts

Quels impacts ces changements ont-ils eus? Il est encore trop tôt pour le savoir, mais le développement d'une nouvelle façon de faire de la part des hygiénistes facilitera l'accessibilité et le recours aux soins dentaires par les familles. En effet, certains outils ne seront utilisés qu'au cours de l'année scolaire 2015-2016. Par contre, des impacts ont été remarqués au sein même de l'équipe des hygiénistes dentaires. Une hygiéniste dentaire parle de la création du comité et de l'implication de la spécialiste en activités cliniques et de l'agent pivot *Écoles et milieux en santé*, entre autres, comme leur ayant permis de se sentir «soutenues», alors qu'autrefois elles «se sentai[ent] souvent isolées». La chef d'administration des programmes voit, elle aussi, un décloisonnement de l'équipe : «Concrètement demain matin, la vie va continuer et on va rencontrer des enfants avec des caries dentaires et des parents qui ne nous répondront pas. La différence, c'est qu'on va avoir une base plus solide. La différence, c'est que les hygiénistes dentaires vont pouvoir aller voir [la spécialiste en activités cliniques], parler avec elle,

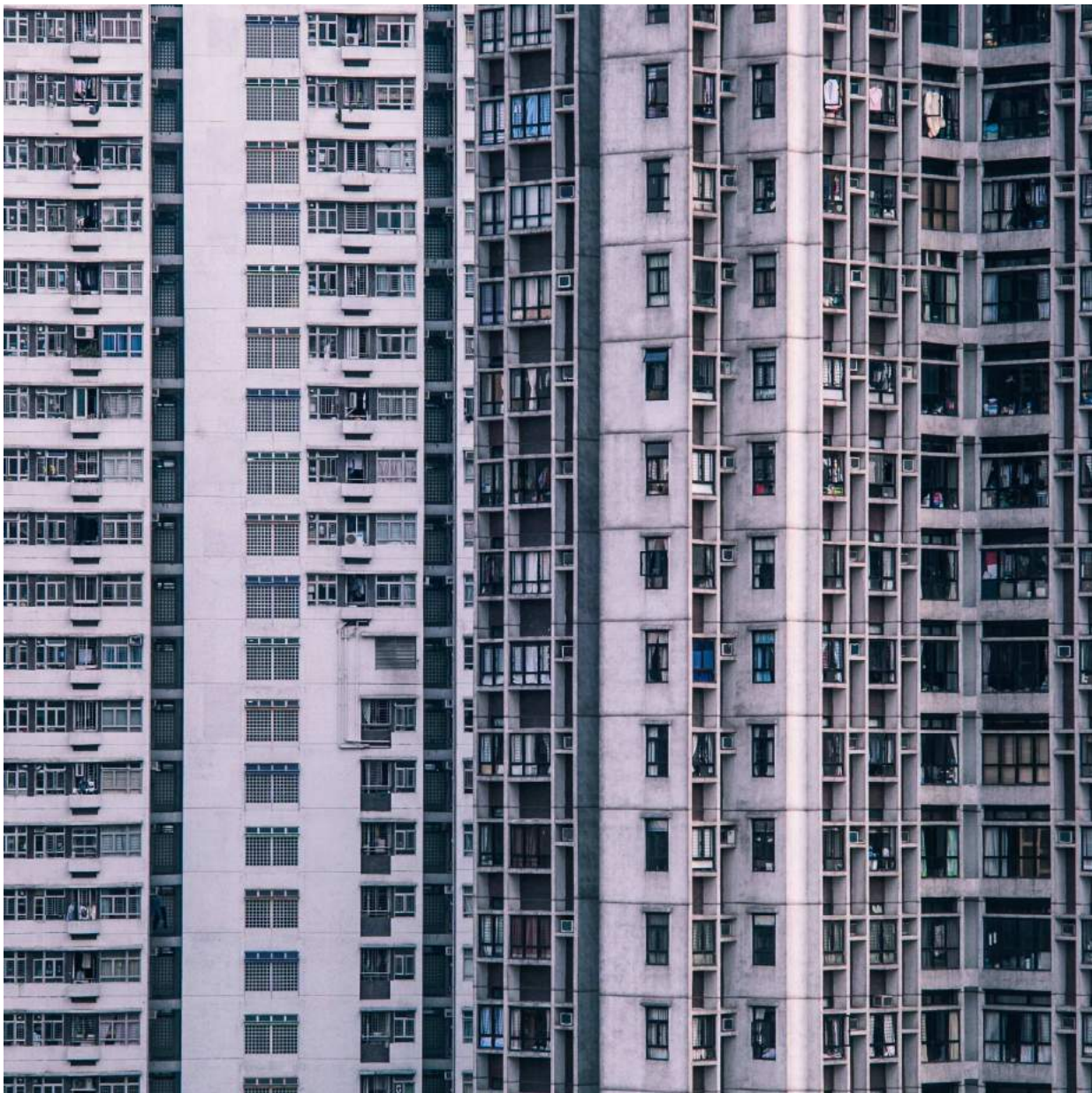
« je me dis que le but, c'est que le parent consulte et que l'enfant ait les traitements, donc le dentiste qui n'en fait pas, bien va voir un autre! »

on va le réfléchir en gang». Elle ajoute que de discuter ensemble d'une problématique permet de «dépasser un sentiment d'impuissance» et que «lutter contre une certaine forme d'impuissance, je pense que ça influence très positivement la relation qu'on a avec nos clients, le message qu'on donne à nos clients. Je pense [aussi] que ça te protège contre le burnout, contre la maladie jusqu'à un certain point». Ainsi, les effets attendus toucheraient à la fois les équipes, mais aussi les services à la population.

Dans le même ordre d'idées, le comité souligne l'effet d'empowerment qu'ont eu tous ces changements sur leur équipe. Les intervenantes aimeraient que l'impact se fasse ressentir également chez les familles. Une hygiéniste dentaire dit : « Nous, on avait tendance à respecter les dentistes, on a été formée comme ça. [...] C'est beaucoup ça qu'on a travaillé en fait, dire aux parents : « ben, là, tu vas chez le dentiste pour un examen, mais tu n'es pas obligé de payer pour le fluor, tu n'es pas obligé de payer pour le nettoyage ». [...] [Le comité] m'a donné cette confiance-là, cette autre vision-là, puis je me dis que le but, c'est que le parent consulte et que l'enfant ait les traitements, donc le dentiste qui n'en fait pas, bien va voir un autre! » Elle ajoute : « Je me donne beaucoup plus de pouvoir maintenant quand j'appelle les parents, donc si je m'en donne plus, je le transfère [aussi aux parents] ». La spécialiste en activités cliniques voit ainsi le travail qui a été fait : « [Les hygiénistes dentaires] font un accompagnement avec les parents. Leur intervention, c'est un accompagnement avec les parents sur comment aborder les dentistes, comment aller chercher l'information. [...] On sensibilise les parents à leur droit aux questions. »

Un autre impact du travail du comité est la diffusion du rôle des hygiénistes au sein même du CSSS : «Moi, ça m'a sensibilisée au rôle des hygiénistes dentaires... C'était vraiment un métier que je ne connaissais pas, je ne savais pas c'était quoi leur mandat dans le cadre du CSSS. C'est certain que maintenant, quand je vais faire une évaluation, lorsqu'on pose des questions au niveau de la santé, je vais être plus sensible à la santé buccale, déjà. S'il y a quelque chose, je vais être plus sensible au fait qu'il y a une hygiéniste dentaire, je vais peut-être plus l'utiliser, ou je l'ai en tête du moins, si j'en ai besoin» (psychoéducatrice et intervenante au programme Alliance).

Une hygiéniste dentaire remarque que les impacts de la collaboration et de la réflexion qui



REGARDS

CC0/flickr/CreativeCommons

s'en est suivie se font également sentir sur sa façon de concevoir son métier : «Je pense que ça a changé ma vision, de voir ça plus communautaire, [...] de penser plus gros que juste les écoles». De plus, elle voit davantage son métier selon la perspective d'un continuum de services offerts à la population : «Souvent, on est la porte d'entrée du domaine dentaire, mais aussi des fois, du CSSS, parce que nous, on voit tous les élèves de la maternelle, d'autres intervenants voient juste certains enfants. Ça fait que c'est

d'avoir une image positive du CSSS : "Bien l'hygiéniste dentaire était gentille, donc la travailleuse sociale, si elle appelle la famille, elle va être correcte aussi".» Ainsi, elle fait partie intégrante des services que côtoie la famille et elle participe à la mise en place du lien entre le CSSS et cette dernière. Cependant, si elle remarque l'importance de miser sur la collaboration avec le milieu communautaire comme moyen de rejoindre la famille, elle ajoute également : «Mais, en même temps, on a un [plan

« l'idée est de tenter de répéter l'expérience avec d'autres équipes professionnelles du CSSS, des centres jeunesse et de la communauté. »

d'action] vraiment spécifique, on a des choses spécifiques à faire avec les enfants. On voudrait bien faire plus de « communautaire », mais en même temps, on est un peu limitées dans notre temps de travail aussi». Ainsi, les hygiénistes vont tenter de faire des «actions ciblées» afin d'équilibrer l'objectif de « consolider les liens avec les organismes communautaires » et la liste officielle de leurs tâches qui ne reconnaît actuellement pas ce travail de liaison.

Projets

La mise en place du comité et la collaboration entre Alliance et l'équipe des hygiénistes dentaires étaient ponctuelles. Elles visaient à revoir les pratiques liées au Plan d'action local et mieux cerner les actions à réaliser pour favoriser un plus grand recours aux soins dentaires. Puisque cet objectif a été atteint, la collaboration tire à sa fin. Quels projets continueront à occuper les hygiénistes dentaires et les intervenantes d'Alliance?

Pour l'équipe des hygiénistes, elles souhaitent d'abord finaliser les outils, retourner auprès d'organismes communautaires et renforcer la collaboration entre intervenants au sein du CSSS. Elles suivront également les impacts des changements apportés sur les services à la population. Pour les intervenantes d'Alliance, l'idée est de tenter de répéter l'expérience avec d'autres équipes professionnelles du CSSS, des centres jeunesse et de la communauté. En effet, elles offrent des « consultations Alliance » afin de soutenir des équipes d'intervenants, leur offrir un espace de réflexion sur les pratiques et mieux comprendre les enjeux et les cas qui touchent au phénomène de la négligence. Leur appui permet également d'identifier des façons porteuses de dénouer des situations complexes auxquelles les intervenants sont confrontés.

Notes

1. Article rédigé par Amélie Robert à partir d'entrevues avec Lorraine Beauvais, gestionnaire responsable de l'équipe scolaire au CSSS Jeanne-Mance et d'autres membres de l'équipe.

2. Au moment de la mise en place du projet. Aujourd'hui, le CSSS Jeanne-Mance est intégré au CIUSSS Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal.

3. La Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) couvre certains frais en clinique privée ou milieu hospitalier pour les enfants de moins de 10 ans, par exemple un examen annuel. Pour les enfants plus âgés, certains frais peuvent être couverts si la famille est prestataire de l'aide sociale depuis au moins 12 mois. Pour plus d'informations, on peut consulter le site de la RAMQ :

<http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/citoyens/assurance-maladie/soins/Pages/services-dentaires.aspx>.



CC0/flickr/CreativeCommons

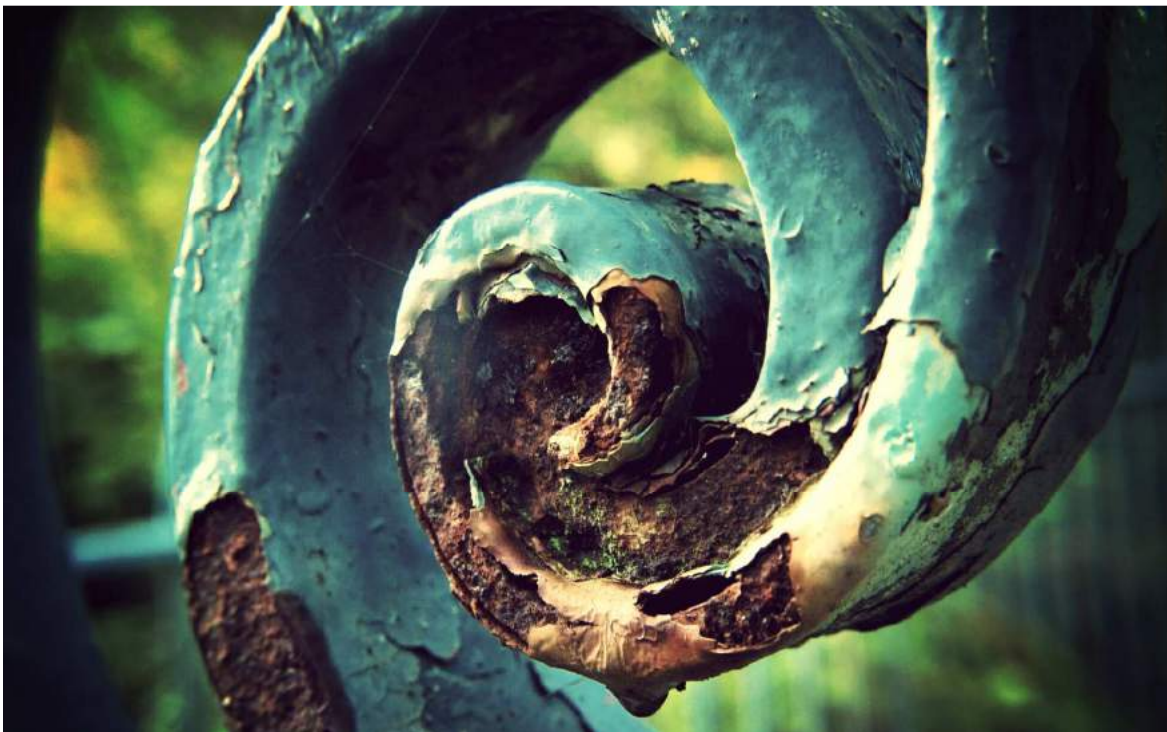
DOSSIER

Voir les (in)égalités

Rencontre entre le social et la santé

Les inégalités sociales et le positionnement des acteurs

DOSSIER



Holly_Victoria_Norval/flickr/CreativeCommons

Baptiste Godrie
Professionnel de
recherche,
CREMIS

Marie-Claude Rose
Professionnelle de
recherche,
CREMIS

Groupe des Sept¹
CREMIS

Comment intégrer la santé et le social dans la réflexion sur les inégalités sociales dans des services sociaux et de santé en première ligne? Sept membres du CREMIS et deux professionnels de recherche, provenant de six disciplines différentes, ont été mandatés par l'assemblée des membres pour tenter de répondre à cette question. Pour mener ces travaux à terme, le CREMIS a reçu un soutien financier de la part de la Faculté de médecine et du Vice-rectorat à la recherche, à la création et à l'innovation de l'Université de Montréal.

Parmi les travaux de ce groupe effectués en 2015, dix-neuf entretiens portant sur les inégali-

tés sociales ont été réalisés avec des praticiens, gestionnaires et chercheurs membres du CREMIS.² L'analyse des entretiens fût orientée par les questions suivantes : Y-a-t-il une compréhension des inégalités sociales propre à chaque catégorie d'acteurs? Dans quelle mesure la position professionnelle dans le champ de la santé et des services sociaux façonne-t-elle la conception des inégalités sociales? Quel pouvoir d'action ces différents acteurs s'attribuent-ils vis-à-vis de ces rapports sociaux inégalitaires et de leurs impacts sur la santé ? Dans le texte qui suit, les points de vue des praticiens, gestionnaires et chercheurs sur ces questions sont abordés à tour de rôle.

Les praticiens

Globalement, les praticiens rencontrés se positionnent à l'échelle de la relation qu'ils entretiennent avec des personnes vivant des difficultés sociales, de santé physique et mentale ou encore des discriminations dans l'accès aux soins. Les dimensions physiques de la santé et les situations matérielles des personnes sont mises de l'avant. Les praticiens évoquent un ensemble de facteurs qui expliquent que certaines populations ont une moins bonne santé et que l'accès à des soins de santé peut être difficile. Les causes sociales, voire collectives, des inégalités sociales sont appréhendées essentiellement par l'intermédiaire des dimensions physiques ou médicales : les inégalités sociales telles que vécues dans le corps des personnes. Ces intervenants – agissant davantage sur la maladie et les comportements néfastes – sentent qu'ils ont peu de prise pour agir sur le social, ce qui peut produire une certaine frustration ou un sentiment d'impuissance.

Pour compenser l'impact des inégalités sociales, qui se traduit, entre autres, par un plus faible accès aux services de santé, certains praticiens parlent de la mise en place de pratiques « invisibles ». Il s'agit d'« assouplir » ou d'« adapter » un système qualifié de « rigide » et qui tend à exclure certaines personnes. Par exemple, un médecin donne des exercices de rééducation physique qu'une personne peut faire à la maison, parce qu'elle n'a pas accès à des assurances privées et à la physiothérapie, tandis qu'un autre fait valoir que des circonstances particulières peuvent justifier la non-fermeture d'un dossier, malgré la non-présence de la personne à un rendez-vous. Selon ce dernier, certaines personnes ne se présentent pas à leur rendez-vous parce qu'elles sont désorganisées, vivent des situations particulièrement éprouvantes ou sont difficiles à rejoindre.

L'autonomie et la marge de manœuvre des intervenants semblent être des éléments cruciaux permettant à leur pratique de se déployer, en augmentant leur pouvoir d'agir. Certaines de ces pratiques peuvent être coercitives (recours à la Loi P-38, mise en place d'un régime de protection) et même stigmatisantes (donner un diagnostic de santé mentale, par exemple), mais n'en semblent pas moins nécessaires pour la santé et bien-être de la personne et pour lui faciliter l'accès aux services.

La pratique serait différente selon l'origine sociale des personnes. Par exemple, certains intervenants adaptent leurs pratiques en fonction

de la classe sociale des personnes : l'intervention auprès des personnes de la classe moyenne ou supérieure (décrites comme ayant plus d'outils, de formation, de persévérance et d'accès aux services) diffère de celle auprès des personnes qui subissent des inégalités dans l'accès aux soins. Dans ce dernier cas, on choisit de les rejoindre par des pratiques spécifiques ou adaptées, sous la forme, par exemple, de l'*outreach*, ou par une intervention comme *Bien dans mes baskets* qui combine sport et travail social, tout en offrant un accompagnement spécifique, voire un encadrement plus serré.

Un des praticiens rencontrés s'interroge sur la manière de tenir compte des inégalités sociales dans les plans d'intervention, ainsi que sur les éléments à consigner dans les dossiers et sur le langage à utiliser. Il donne l'exemple des travailleurs sociaux qui possèdent une bonne connaissance des facteurs environnementaux influençant la situation de la personne, mais qui n'en rendent pas compte dans leurs notes, alors que ces facteurs sont cruciaux pour comprendre la situation. Certains d'entre eux vont également adopter un langage plus médical que social, comme si les éléments sociaux ne comptaient pas dans l'évaluation. Ceci s'explique peut-être par un manque de vocabulaire pour bien exprimer et faire valoir le poids de ces éléments sociaux. Plus globalement, cela pose la question suivante : comment faire apparaître à la fois le milieu et la personne dans le dossier et comment montrer de quelle manière le milieu affecte la personne ?

D'autres questions ressortent de ces entrevues avec des praticiens membres du CREMIS. Considérant les conditions de vie difficiles des personnes qui sont sujettes aux inégalités sociales, on peut se demander ce qui relève d'un problème « normal » – par exemple, le mal de tête de quelqu'un qui en a trop sur les épaules – et ce qui est pathologique. Jusqu'où faut-il accompagner les personnes vivant dans de telles conditions ? Quelle est la responsabilité du réseau de la santé et des services sociaux dans la réduction de ces inégalités sociales ? Par exemple, est-ce que le barème élevé à l'aide sociale pour « contraintes sévères à l'emploi » telles que déterminées par un médecin, améliore la santé ou contribue aux comportements néfastes ? Face aux conditions de vie difficiles des personnes, comment l'intervenant peut-il établir, puis préserver le lien de confiance dans la relation d'aide ou de soin ?

On parle d'un contexte de soin marqué par une certaine urgence, un manque de temps et la

« Quelle est la responsabilité du réseau de la santé et des services sociaux dans la réduction de ces inégalités sociales ? »

difficulté d'agir sur toutes les dimensions de la vie de la personne, en raison de l'approche par programme ou en silo. Il ressort de ce constat l'importance de la collaboration professionnelle au sein de la première ligne ainsi que de l'arrimage avec les professionnels des autres secteurs. On croit que le dialogue avec ces autres professionnels et les pratiques interprofessionnelles permettraient le décloisonnement des approches. Par exemple, les liens entre travailleurs sociaux et médecins permettent l'échange d'informations, de travailler de concert, de renforcer leurs messages respectifs à l'endroit des personnes aidées. La collaboration interprofessionnelle peut aussi alléger le fardeau que représentent certains dossiers ou la frustration ressentie parfois par les intervenants. Cela dit, malgré ces notes positives et constructives, il ressort de l'analyse des entrevues avec ces praticiens un sentiment d'impuissance (face aux personnes) et de frustration (face au système).

Les gestionnaires

Les gestionnaires rencontrés s'interrogent sur l'organisation des services à mettre en œuvre pour mieux répondre aux besoins spécifiques des populations touchées par les inégalités sociales et favoriser un accès égalitaire aux services. Comment prendre en compte l'environnement global de ces personnes et situer l'intervention dans cet environnement ? Les actions exigent une bonne connaissance de la population du territoire, en se dotant de portraits détaillés et de données statistiques à jour. Le CSSS Jeanne-Mance (maintenant intégré au Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal), dont le territoire comprend plusieurs groupes de la population vivant des rapports sociaux inégalitaires, a mis en place des programmes et des interventions adaptés à ces populations. Par exemple, des pratiques de soins infirmiers plus adaptées ont été développées dans un centre d'hébergement où les résidents sont en contact avec la réalité de la consommation de drogues et de la prostitution, lesquelles caractérisent le quartier environnant, ou encore des pratiques de proximité mises sur pied par l'équipe itinérance, une équipe multidisciplinaire de première ligne.

Les réflexions des gestionnaires portent notamment sur l'organisation des services de première ligne, et sur les ponts à établir entre la première et la deuxième ligne. Comment mieux prendre en charge les « cas complexes »? Com-

ment assurer l'accès aux services au moment où le réseau de la santé et des services sociaux est visé par une réforme centrée sur les hôpitaux et le curatif? Ils s'interrogent également sur la collaboration interprofessionnelle (comment réorganiser des équipes multidisciplinaires intégrant des professionnels sociaux et de la santé), ainsi que sur les politiques sociales et les données sur lesquelles s'appuyer pour organiser les services. Enfin, ils s'interrogent sur les indicateurs de performance et l'évaluation des services à mettre de l'avant. Par rapport à l'évaluation, ils sont imputables pour la responsabilité populationnelle qu'ils assument sur la base d'objectifs chiffrés, dans un contexte de coupes budgétaires, d'équipes incomplètes et de l'augmentation du ratio intervenants-population, ce qui leur fait vivre une pression notable.

Le rôle des gestionnaires est de soutenir les intervenants œuvrant au sein de leurs équipes, ce qui requiert la connaissance ou la mise sur pied de cadres de référence pour les pratiques et l'arrimage des différents regards disciplinaires. Certains gestionnaires se sentent isolés pour affronter ces enjeux et considèrent qu'il y a un manque d'espaces collectifs pour questionner les finalités de l'intervention, en lien, par exemple, avec l'engagement des personnes dans leurs soins, l'augmentation de leur participation sociale et l'amélioration de leur santé. Par ailleurs, des gestionnaires estiment avoir un réel pouvoir d'influence sur l'avancement des dossiers et l'organisation des services : il faut savoir saisir les opportunités pour se faire entendre, sensibiliser, mobiliser, et pour comprendre là où il est possible d'acquérir une marge de manœuvre susceptible de faire avancer la réflexion et l'action. Pour certains gestionnaires, l'approche par programme apparaît comme un obstacle à la flexibilité que requiert la diversité des besoins des personnes. Cette approche par programme semble d'autant plus limitative que les personnes ne font pas face, dans leur vie, à cette division, théorique, de la santé et du social.

Les gestionnaires sont aussi soumis à des exigences d'optimisation de l'organisation des services et des processus cliniques, exigences nécessitant des indicateurs leur permettant de comptabiliser et d'évaluer les interventions. Ces indicateurs sont fondés le plus souvent sur les dimensions physiques de la santé, et tiennent peu compte des interventions psychosociales de groupe ou collectives. Aussi, lorsqu'ils réfléchissent à la lutte aux inégalités sociales, les gestionnaires notent qu'il faut évaluer les pro-

« Une autre fait valoir que chacun est potentiellement vecteur d'inégalités sociales à sa propre échelle et notamment dans ses relations de travail »

grammes et les interventions pour préserver les actions qui fonctionnent, tout en développant des critères qui tiennent compte de la complexité de l'intervention et du contexte dans laquelle celle-ci se déroule. Que seraient des indicateurs de suivi ou d'évaluation à même de rendre compte de leur pratique? Une gestionnaire suggère de réfléchir au continuum de services (intensité et type de services à offrir selon les besoins des populations). Une autre fait valoir que chacun est potentiellement vecteur d'inégalités sociales à sa propre échelle et notamment dans ses relations de travail et dans les priorités qui s'établissent dans l'organisation du travail.

Les chercheurs

Les discours des chercheurs du CREMIS interviewés font apparaître deux postures vis-à-vis des inégalités sociales. Dans un premier temps, ils soulignent l'importance de comprendre les inégalités sociales dans un contexte sociétal (et non simplement du point de vue des individus et des services qu'ils reçoivent) avant même toute action pour transformer ces inégalités. Dans un deuxième temps, ils mettent l'accent sur la recherche appliquée et l'étude des pratiques mises (ou à mettre) en place pour pallier certaines difficultés vécues ou conditions de vie particulières. Dans le premier cas, il s'agit de la



CC0/flickr/CreativeCommons

recherche fondamentale, sans application pratique proprement dite. La démarche de recherche est fondée sur la distanciation vis-à-vis de l'action, sur la nécessité de réfléchir *sur* les pratiques, permettant de faire apparaître le social «derrière» les individus (la «désindividualisation»). Dans cette compréhension large des inégalités sociales, les chercheurs contextualisent les pratiques développées par rapport aux politiques sociales et aux enjeux structurels, telle que la répartition des revenus.

En ce qui concerne la deuxième position – la recherche appliquée et l'étude des pratiques – l'opinion des chercheurs rejoint celle de certains gestionnaires : une trop grande attention portée aux pratiques professionnelles peut avoir pour effet de surresponsabiliser les intervenants. À leurs yeux, la recherche fondamentale – qui inscrit la compréhension des pratiques dans un cadre social plus large – contribue à diminuer le poids de la responsabilité de l'action contre les inégalités sociales qui pèse sur les épaules des intervenants. Cependant, certains soulignent le risque que par ce type de recherche les chercheurs deviennent déconnectés du domaine de la pratique. Dans ce cas, la distance peut être interprétée comme un signe de méfiance, voire de condescendance, vis-à-vis de ceux qui s'intéressent à l'amélioration des pratiques, sans considération pour le portrait d'ensemble.

Ces deux positions sont reflétées dans le rôle de théorisation qui incomberait aux chercheurs. Les chercheurs théoriserait le social, par opposition aux praticiens qui opérationnaliseraient les savoirs produits dans des pratiques. C'est dans cette théorisation que résiderait la distanciation par rapport à l'action, ainsi que l'ouverture d'espaces de réflexivité dans le processus de production et de transfert des connaissances. Ce travail de distanciation en milieu de pratique nécessite l'autonomie des chercheurs vis-à-vis des institutions qui les emploient. Les connaissances produites résulteraient du croisement de différents savoirs fon-

dés, entre autres, sur la littérature scientifique, la compréhension des politiques sociales, le fonctionnement organisationnel et le vécu des personnes faisant l'objet de la recherche. Par rapport à ce «vécu», les chercheurs se présentent comme des professionnels du recueil de la parole, en voulant «croiser les voix» et participer à la construction de paroles afin que ces dernières soient entendues. À cet égard, les chercheurs sont décrits par les autres interviewés comme des personnes ayant le «temps» et les «outils» pour s'investir dans la recherche.

Sur le plan théorique, différents courants sont mobilisés pour saisir les inégalités sociales, comprenant, par exemple, la théorie critique et les approches anti-oppressives et intersectionnelles. Une chercheuse souligne l'importance d'articuler différents cadres théoriques, l'approche matérielle permettant de saisir les conditions de vie et leurs impacts de la manière la plus objective possible, l'approche psycho-socio-biologique éclairant le vécu des personnes et l'approche intersectionnelle faisant ressortir le rôle combiné des rapports sociaux inégalitaires dans la production des inégalités de santé.

De façon générale, les chercheurs s'intéressent aux processus générateurs d'inégalités sociales et tentent de dégager une compréhension/conceptualisation des rapports sociaux inégalitaires vécus par les personnes et de la manière dont ces rapports affectent leur santé et bien-être. Cette explication va du social vers la santé – on parle du «social qui tue» – par opposition à l'approche de certains praticiens qui «découvrent» le social dans le corps.

Concrètement, plusieurs chercheurs définissent les inégalités sociales comme un écart (et non un état) résultant de rapports sociaux hiérarchiques qui restreignent l'accès aux ressources matérielles et aux soins de santé, ce qui se traduit notamment par des écarts dans les conditions de santé. Ils font part d'une réflexion sur les discriminations intentionnelles et systé-



miques, sur les politiques publiques ainsi que sur les représentations et préjugés qui alimentent ou maintiennent les rapports sociaux inégalitaires. Une personne donne l'exemple de l'Amérique du Nord où le pourcentage de personnes associant paresse et pauvreté est deux fois plus élevé qu'en Scandinavie. Ce préjugé peut alimenter l'inaction à l'égard des personnes vivant en situation de pauvreté et justifier leur situation.

Plusieurs mentionnent la dimension politique de la recherche. Certains chercheurs, essentiellement ceux œuvrant en sciences sociales, mentionnent l'importance de l'engagement, des croyances, des valeurs sous-jacentes à partager en matière de compréhension des inégalités sociales. Il s'agit de voir ces dernières non pas comme le résultat de déficits ou de responsabilités individuelles, mais comme les conséquences de rapports sociaux inégalitaires sur lesquels il est possible d'agir. Pour certains, cet engagement relèverait d'une posture citoyenne. Pour d'autres, elle s'inscrit dans le rôle même des chercheurs, voire dans les épistémologies mobilisées.

Continuum

Certains intervenants rencontrés reconnaissent le manque de connaissance qu'ils ont des personnes en face d'eux, concernant, par exemple, leurs aspirations et leurs trajectoires de vie, ce qui soulève des questions quant aux pratiques à développer pour les aider. La nécessité de bien les connaître, grâce, par exemple, à des portraits populationnels est soulignée notamment par les gestionnaires comme un élément préalable à la mise en place de services adaptés aux particularités de certains groupes. Un chercheur suggère que le travail de recherche vise précisément à aller chercher, comprendre et faire connaître l'expérience des personnes. Lorsqu'elles sont décrites dans les entretiens, les populations apparaissent le plus souvent sous la forme de groupes marginalisés – par exemple, des personnes sans-abri, vivant avec une déficience intellectuelle, ou des femmes immigrantes vivant avec le VIH/SIDA. Dans ces cas, les interviewés décrivent les rapports sociaux inégalitaires qui façonnent leur accès (ou non-access) aux services de santé et leurs problèmes de santé.

Ces populations vivraient dans des milieux difficiles à pénétrer pour les intervenants, où la relation de confiance est parfois longue à développer, notamment en raison d'expériences négatives vécues au sein de leur réseau antérieur. Au-delà de la perception de leurs «manques», ces populations sont également caractérisées

comme ayant des forces, une vie et des ressources en dehors du réseau de la santé et des services sociaux. Des praticiens établissent une différence dans leur pratique entre les personnes très marginalisées et celles qui ont plus de ressources, tout en faisant face à des rapports sociaux inégalitaires moins violents et plus subtils. D'autres encore évoquent le groupe des pauvres (appelés «pauvres ordinaires» par un des interviewés) qui se situerait entre la classe moyenne (plus aisée) et les personnes les plus pauvres.

L'analyse de ces entrevues suggère que le regard et l'action sur les inégalités sociales reposent sur le positionnement des acteurs – à titre d'intervenant, de gestionnaire ou de chercheur – dans le continuum de l'action sur les inégalités sociales, bien plus que sur le fait qu'ils appartiennent au champ du social ou de la santé. Les trois groupes soulignent le besoin d'espaces de réflexion sur les pratiques collectives d'intervention, le besoin d'espaces pour questionner leurs pratiques et la pertinence de celles-ci, le besoin de lieux de rencontres entre la santé et le social et le besoin de réfléchir au transfert, vers les services généraux de première ligne, de l'expertise développée au sein des services spécifiques.

Notes

1. Le Groupe des sept (tous membres du CREMIS) est composé de : Estelle Carde (professeure, sociologie, Université de Montréal), Philippe-Benoit Côté (professeur, sexologie, UQAM), Sylvie Gendron (professeure, sciences infirmières, Université de Montréal), Nadia Giguère (chercheuse d'établissement, CREMIS/CIUSSS-CSMTL, professeure associée, anthropologie, Université de Montréal), Philippe Karazivan (médecin, UMF Notre-Dame CIUSSS-CSMTL, Faculté de médecine, Université de Montréal), Jean-Baptiste Leclercq (chercheur d'établissement, CREMIS/CIUSSS-CSMTL, professeur associé, sociologie, Université de Montréal), Sue-Ann MacDonald (professeure, service social, Université de Montréal). Cette version réduite du texte original a été mise en forme pour le *Revue du CREMIS* par Christopher McAll.

2. Nous avons rencontré quatre médecins omnipraticiens, un psychoéducateur, une travailleuse sociale et un spécialiste en activités cliniques auprès de populations variées (itinérance, déficience intellectuelle, toxicomanie, santé mentale). Les gestionnaires rencontrés proviennent des programmes suivants : direction des soins infirmiers, services à la communauté et santé publique, direction générale, équipe scolaire, direction des programmes spécifiques. Les chercheurs interviewés proviennent des disciplines suivantes : anthropologie, médecine, sexologie, sociologie, soins infirmiers, travail social.

«Certains [...] mentionnent l'importance de l'engagement, des croyances, des valeurs sous-jacentes à partager en matière de compréhension des inégalités sociales.»

L'approche « intégrée » des rapports sociaux inégaux

Intersectionnalité, inégalités sociales et santé

DOSSIER

Estelle Carde,
professeure, sociologie,
Université de Montréal,
Membre du CREMIS

Emmanuelle Bernheim,
professeure, Sciences
juridiques, UQAM
Membre du CREMIS

Dominique Bernier,
professeure, Sciences
juridiques, UQAM

Nadia Giguère,
chercheuse
d'établissement,
CREMIS, CIUSSS-CSMTL

Notre premier est une perspective théorique qui séduit de plus en plus de chercheurs ... mais qui est encore rarement mobilisée sur des terrains empiriques précis : c'est *l'intersectionnalité*. Notre second est une réalité dont la brutalité suscite une désapprobation unanime ... mais dont la conceptualisation s'avère complexe : ce sont les *inégalités sociales*. Notre troisième est un terrain si évidemment marqué par la pauvreté que l'on a tendance à oublier le rôle qu'y jouent les autres dimensions du social : c'est *la santé*. Notre tout est un défi lancé au monde de la recherche : celui de se servir de la perspective *intersectionnelle* pour mieux comprendre les inégalités sociales qui se développent sur le terrain de la santé.

La recherche sur les inégalités sociales connaît une inflexion majeure, depuis les années 1980, avec l'élaboration d'une perspective intersectionnelle. Celle-ci se caractérise par une « approche intégrée » (Bilge, 2009, p. 70) des rapports sociaux inégaux : plutôt que de voir ces rapports comme additionnés ou multipliés (Hancock, 2007), elle « postule leur interaction dans la production et la reproduction des inégalités sociales » (Bilge, 2009, p. 70). Ce postulat place la notion de co-construction au cœur de la perspective intersectionnelle : il implique en effet que ce que les différents axes d'oppression « font aux individus » n'existe pas « en soi ». C'est ensemble, imbriqués au sein d'une « matrice de la domination » (Collins, 2013), qu'ils interagissent pour créer des inégalités dans l'accès aux ressources. Par exemple, une femme ne vit pas sa condition de femme de la même façon selon qu'elle est noire ou blanche, riche ou pauvre : c'est en interdépen-



dance avec les autres que chacune de ces positions sociales (de genre, de race¹ et de classe) contribue à la situer dans l'accès aux ressources. Enfin, en récusant toute prééminence a priori d'un axe sur les autres, la perspective intersectionnelle se distingue notamment du marxisme qui priorise le rapport de classe ou du féminisme radical qui fait de même pour celui de genre.

Les positions qu'occupent les individus le long de diverses hiérarchies sociales (de classe, de race et de genre, notamment) façonnent leur accès aux ressources (telles que des biens matériels, du prestige social, des relations sociales, du bien-être, etc.). Ces différences dans l'accès aux ressources sont des inégalités sociales. Une première façon d'envisager les inégalités sociales sur le terrain de la santé, la plus évidente, est de considérer que la ressource dont l'accès est différencié est, précisément, la santé. Des écarts de santé se creusent entre les groupes sociaux situés à diverses positions de ces hiérarchies sociales. Ces écarts de santé, qui sont la marque dans les corps des individus des inégalités sociales dans lesquelles ils sont pris, sont ce qu'on appelle des inégalités sociales de santé (Aïach et al., 2004). On parle ici d'« incorporation du social » (Fassin, 2000).

Une seconde façon de conceptualiser les inégalités sociales sur le terrain de la santé est de considérer l'état de santé non plus comme un produit du social, mais comme un statut social qui, lui-même, est susceptible de s'inscrire dans une hiérarchie sociale. Selon en effet qu'il est plutôt légitimant ou au contraire stigmatisant, un état de santé peut modeler l'accès des individus aux ressources, et donc contribuer à la production et la reproduction d'inégalités sociales. Il n'est pas question ici de la réalité biologique de cet état de santé (les limitations objectives associées à une maladie, par exemple), mais de sa qualification par un médecin et, par suite, de la signification sociale associée à ce diagnostic. L'expression de « sélection sociale par la santé » qualifie ce rôle de la santé dans l'accès des individus aux différentes positions sociales. Une fois posées ces définitions, voyons maintenant comment saisir les inégalités sociales, en santé, dans une perspective intersectionnelle.

Du social à la santé

La traduction des différences de revenu (Wilkinson et al., 2004), d'origine racialisée (Krieger, 2003) ou encore de genre (Aïach, 2001) dans des écarts de santé a été largement démontrée

et quantifiée. Cependant, en santé comme ailleurs, les comparaisons binaires au sein d'une seule stratification sociale (les plus pauvres versus les plus riches ; les Blancs versus les Noirs ; les hommes versus les femmes) s'avèrent souvent de mauvais points de départ. D'une part, elles tendent à minimiser le rôle des autres stratifications sociales et donnent l'illusion que ces stratifications agissent indépendamment les unes des autres (c'est le principe d'une approche additive). La perspective intersectionnelle est alors précieuse, car elle ne présuppose pas que l'une ou l'autre de ces stratifications prévaut sur les autres. En outre, elle souligne l'importance d'envisager la reconfiguration de chacune de ces stratifications selon la combinaison qu'elles forment ensemble (Han-kivsky, 2008, 2012).

D'autre part, ces comparaisons binaires occultent l'hétérogénéité des situations comparées : par exemple, elles essentialisent le fait d'être une femme ou un homme, en opposant une figure unique de « la femme » à celle de « l'homme ». Cette réduction est particulièrement inappropriée dans le cas de la hiérarchie socio-économique, car il n'existe pas des individus riches d'un côté et des pauvres de l'autre, dont on pourrait opposer la santé. Les inégalités de santé traversent en effet toute la société, en faisant correspondre un état de santé différent à chaque palier de la hiérarchie socio-économique - c'est la notion de « gradient social de santé » (Marmot, 1986). Or la perspective intersectionnelle, en portant attention aux multiples rapports sociaux inégalitaires dans lesquels est pris chaque individu, conduit nécessairement à envisager l'hétérogénéité des conditions au sein de groupes que d'aucuns auraient pu penser homogènes. Au sein, par exemple, du groupe des femmes, les individus peuvent présenter différents états de santé,

« en santé comme ailleurs, les comparaisons binaires au sein d'une seule stratification sociale (les plus pauvres versus les plus riches ; les Blancs versus les Noirs ; les hommes versus les femmes) s'avèrent souvent de mauvais points de départ. »

«La compréhension des inégalités sociales de santé requiert d'étudier tant les structures qui configurent la position sociale des individus que l'interprétation que font ceux-ci de la situation qu'ils vivent.»

selon que l'on considère les femmes caractérisées par tel ou tel statut socio-économique et origine raciale. Étant donné le nombre potentiellement illimité de combinaisons possibles (si on y ajoute, par exemple, les statuts d'orientation sexuelle, d'âge, de handicap), on finit par obtenir autant de combinaisons de statuts, et donc d'états de santé, que d'individus. L'image ainsi donnée des inégalités sociales de santé est un nuage de points bien plus qu'une opposition binaire, ce qui est plus cohérent avec l'état des connaissances en la matière. La perspective intersectionnelle permet alors non seulement de faire apparaître ce nuage, mais aussi de le rendre intelligible, en mettant au jour les processus qui, ensemble, contribuent à la situation singulière de chaque point.

Cette perspective invite en outre à repérer les combinaisons « dissonantes » de statuts sociaux, c'est-à-dire celles qui mêlent des positions dominantes au regard de certaines stratifications sociales et des positions dominées au regard d'autres stratifications, dans le cas, par exemple, d'hommes blancs homosexuels, de femmes blanches éduquées, ou d'immigrants majoritaires d'un point de vue racial. L'ouverture aux configurations dissonantes est encore peu exploitée dans la littérature sur l'intersectionnalité en santé, laquelle porte souvent son attention sur les groupes porteurs d'un cumul de positions désavantagées (par exemple, être femme, noire et pauvre). Cette tendance s'explique probablement par les origines militantes du concept, lorsqu'on a voulu faire connaître la position doublement minoritaire des femmes noires (McGibbon, 2011; Reada et al., 2006; Weber et al., 2012).

Il est classique de distinguer deux approches au sein de la littérature intersectionnelle. La première explore les structures sociales, telles que l'idéologie dominante dans une société donnée, les lois, les politiques, les institutions comme la famille, les services publics et les organismes communautaires. Ces structures contribuent à la détermination de la position sociale des individus, position qui à son tour façonne leurs expériences et leurs identités. La seconde, dite socioconstructiviste, reste au plus près des interactions entre les individus, de leur vécu. Elle comprend l'interprétation de ces interactions et des rapports structurels dans lesquels elles prennent place, le sentiment d'appartenir ou de ne pas appartenir à tel ou tel groupe et les revendications identitaires, les motivations et les stratégies de résistance à l'égard des rapports de pouvoir dans lesquels les individus sont pris, ainsi que leurs représentations à l'égard des

autres groupes. Cette approche compréhensive est plus dynamique et moins déterministe que la première.

Or, la compréhension de la fabrication des inégalités sociales de santé dans une perspective intersectionnelle requiert de conjuguer ces deux approches. En effet, cette fabrication passe principalement par deux voies. Dans la première, dite « néo-matérielle » (Lynch et al., 2000), les mauvaises conditions de vie, liées entre autres, au logement, à l'alimentation et au travail, exposent l'individu à de multiples facteurs délétères pour sa santé, indépendamment de ce qu'il perçoit de ces facteurs. Au contraire, dans la seconde voie, dite « psycho-socio-biologique » (Kristenson et al., 2004), ce qui importe est la perception qu'a l'individu du désavantage de sa situation, notamment son sentiment d'impuissance face aux événements de vie et d'échec relatif vis-à-vis de ses pairs. Ces sentiments induisent en effet une faible estime de soi qui suscite des réactions prolongées aux événements stressants, délétères pour la santé. La compréhension des inégalités sociales de santé requiert ainsi d'étudier tant les structures qui configurent la position sociale des individus que l'interprétation que font ceux-ci de la situation qu'ils vivent.

Prenons pour exemple le cas d'une travailleuse migrante. Une approche structurelle pourrait révéler que sa situation minoritaire en tant que migrante l'expose à des risques pour sa santé : la non-reconnaissance de ses diplômes la contraint à des emplois peu qualifiés, donc souvent faiblement rémunérés ; étant récemment employée, elle ne bénéficie pas d'une convention collective ; connaissant mal ses droits, elle est moins vigilante à l'égard des risques que lui fait prendre son employeur. Une approche compréhensive pourrait, elle, mettre au jour une forte estime d'elle-même, liée, par exemple, au sentiment d'être parvenue à immigrer, à trouver un emploi ou à envoyer de l'argent à sa famille restée au pays. On voit donc l'importance de combiner ces deux approches, puisque s'en tenir à l'une ou l'autre conduirait à des résultats diamétralement opposés.

De la santé au social

La seconde approche des inégalités sociales sur le terrain de la santé s'inscrit dans la logique de la « sélection sociale par la santé », qui envisage l'impact de la santé sur la position sociale, avec notamment la mobilité sociale descendante des individus dont la santé est déficitaire (Dorvil, 2007). Soulignons en outre qu'il s'agit de consi-

dérer, ici, la dimension sociale de la santé : non plus sa réalité biologique, mais le statut social qu'elle octroie, ce que la littérature anglophone qualifie de « *sickness* » (Wikman *et al.*, 2005). Ce statut peut être connoté plus ou moins péjorativement. On pense ici, notamment, à la maladie mentale (Castel 1980) ou à l'infection par le VIH (Pierret, 1997), qui sont des statuts particulièrement stigmatisants. En exposant les individus qui en sont porteurs à des traitements sociaux différentiels, défavorables et illégitimes, c'est-à-dire discriminatoires (Lochak, 1987), ces statuts contribuent à produire et reproduire des inégalités sociales.

L'inscription de l'état de santé dans des rapports sociaux inégalitaires a déjà fait l'objet de nombreux travaux, au même titre que l'homosexualité ou le handicap (Goffman,

1975). La perspective intersectionnelle, en contextualisant l'état de santé au sein d'une combinaison d'autres statuts sociaux, tels le genre et l'âge, entre autres, permet d'aller plus loin que ces travaux. Elle révèle en effet comment, par leur articulation à ces autres statuts sociaux, divers états de santé comme la maladie mentale, la déficience intellectuelle, la démence et la dépendance, exposent à des discriminations.

Prenons l'exemple des tribunaux spécifiquement destinés à traiter des personnes porteuses d'une maladie mentale ou toxicomanes. Ces tribunaux se caractérisent par des procédures dérogatoires, censées être mieux adaptées à l'état de santé des individus qui en bénéficient (Fisher *et al.*, 2002). Or, ces procédures différentes font l'objet de maintes critiques. Notam-



« qu'il s'agisse des électrochocs ou des mesures de contrôle, les individus y seraient plus exposés dès lors que leurs revenus ne leur permettent pas d'autres alternatives que le secteur public. »

ment, il leur est reproché de porter atteinte aux droits des personnes, en raison, par exemple, d'audiences expéditives, de l'impossibilité de mettre en œuvre une défense pleine et entière et de peines trop longues et trop lourdes. Le pas du dérogatoire au discriminatoire serait vite franchi : au nom de leur état de santé, un traitement défavorable serait réservé illégitimement à ces individus (Moore, 2007; Devresse, 2008). Cependant, il semblerait que l'état de santé ne soit pas suffisant pour exposer à ces discriminations. Par exemple, parmi les personnes diagnostiquées pour un problème de santé mentale ou de toxicomanie, seules celles en situation de pauvreté seraient jugées par ces tribunaux spécifiques (Bernheim 2011; Bernier 2015; MacDonald 2015). Une perspective intersectionnelle s'avère ainsi nécessaire pour identifier précisément les combinaisons de statuts sociaux (ici, l'état de santé et le statut socio-économique) qui y conduisent certains individus plutôt que d'autres.

Une telle démarche analytique peut être déclinée sur toutes sortes de lieux, y compris ceux de délivrance des soins. On pense notamment à des soins dont l'administration risque de porter atteinte aux droits fondamentaux tels que les droits au consentement et au refus de soin, à l'autodétermination, à l'intégrité et à la liberté : à quels patients ces traitements sont-ils prescrits ? Le sont-ils à des individus caractérisés autrement que par leur seul état de santé ? Prenons le cas des électrochocs. En dépit de leurs effets secondaires largement attestés (pertes de mémoire, pertes cognitives, voire décès), leur prescription est en recrudescence depuis deux décennies, ciblant préférentiellement des femmes dépressives de plus de 65 ans, alors qu'aucune donnée médicale ne justifie ces indications préférentielles.

Un autre exemple est celui des mesures de contrôle (isolement, contentions, utilisation de la médication à des fins de contrôle). Ces mesures sont controversées en raison non seulement de leurs effets secondaires (sur les plans, par exemple, de la perte d'estime de soi, ou de la peur), mais aussi des motivations qui présideraient à leur prescription (moins thérapeutiques qu'organisationnelles, comme la pénurie en personnel infirmier). Or ces prescriptions ne cibleraient pas qu'un état de santé. Notamment, parmi les schizophrènes, les jeunes hommes seraient les plus ciblés. Enfin, qu'il s'agisse des électrochocs ou des mesures de contrôle, les individus y seraient plus exposés dès lors que leurs revenus ne leur permettent pas d'autres alternatives que le secteur public. Serait donc en cause la combinaison de trois statuts : l'état

de santé diagnostiqué (la dépression, la schizophrénie), le genre (femme dans le premier exemple, homme dans le second) et le niveau de revenus (faible).

Ces pratiques de soins et ces pratiques judiciaires sont des traitements défavorables, réservés à des individus caractérisés par leur état de santé, mais aussi par d'autres statuts sociaux (un genre, un âge, un statut socio-économique, notamment). Il importe ainsi d'explorer ces combinaisons de statuts sociaux et d'en repérer la co-construction (comment, par exemple, l'état de santé est-il instrumentalisé différemment selon qu'il est associé à tel genre ou à tel âge).

Triplement victimes

Ces deux angles par lesquels aborder les inégalités sociales en santé sont en réalité contigus : les états de santé configurés par les inégalités sociales (« du social à la santé ») contribuent à leur tour à la reproduction des inégalités sociales (« de la santé au social »). Par exemple, la maladie mentale est favorisée par un statut socio-économique inférieur (Lovell, 2000), mais elle est aussi beaucoup plus susceptible d'exposer l'individu qui en est porteur à des traitements discriminatoires si celui-ci est de statut socio-économique défavorisé (Fortin, 1989), ne serait-ce qu'en le privant de la possibilité d'accéder à des traitements non discriminatoires, mais plus onéreux.

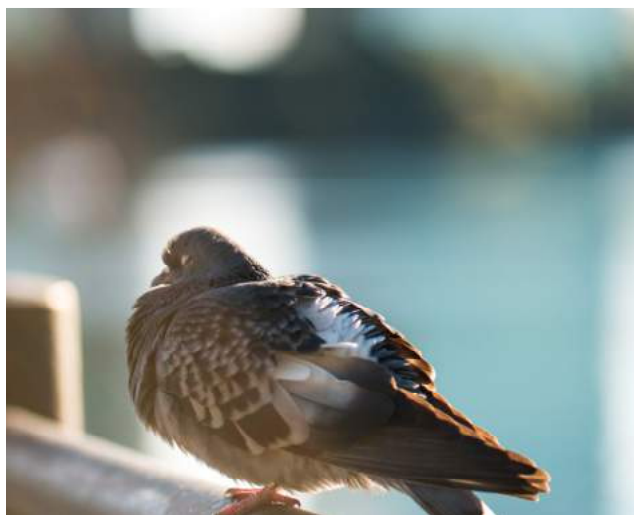
Enfin, si la santé des individus est façonnée par leurs positions sociales, il ne faut pas oublier que la qualification de leur état de santé par le regard médical est elle aussi socialement différenciée. Les groupes minoritaires se voient ainsi préférentiellement diagnostiqués de certaines maladies, à certaines époques, comme l'hystérie des femmes blanches au 19^e siècle en Europe ou la schizophrénie des hommes noirs aux États-Unis (Metzl, 2010). Ils se voient ainsi triplement victimes d'inégalités sociales en santé : dans la détermination de leur santé, dans la qualification de leur état de santé et enfin dans le vécu de cette santé.

Notes

1. Par « race », nous désignons le produit d'une catégorisation sociale et aucunement naturelle, même si elle est fondée sur des attributs physiques tels que la couleur de peau ou la forme du faciès. La signification de ces attributs demeure en effet strictement socialement située (Carde, 2011).

Références

- Aïach Pierre (2001) « Femmes et hommes face à la mort et à la maladie, des différences paradoxales », dans Pierre Aïach, Dominique Cèbe, Geneviève Cresson et Claudine Philippe (dir.), *Femmes et hommes dans le champ de la santé*, Rennes : Presses de l'EHESP, p. 117-149.
- Aïach, Pierre, Didier Fassin (2004) « L'origine et les fondements des inégalités sociales de santé », *La Revue du Praticien*, 54(20), p. 2221-2227.
- Bilge Sirma (2009) « Théorisations féministes de l'intersectionnalité », *Diogenès*, 225, p. 70-88.
- Carde, Estelle (2011) « La race, de la catégorie sociale à l'objet d'étude épidémiologique », dans Guillaume Canselier et Sonia Desmoulin-Canselier (dir.) *Les catégories ethno-racialisées à l'ère des biotechnologies. Droit, sciences et médecine face à la diversité humaine*, Paris : Société de législation comparée, collection de l'UMR de droit comparé de Paris, 24, p. 77-88.
- Castel, Robert (1980) « Sur la contradiction psychiatrique », dans Basaglia F. (dir.) *Les criminels de paix*, Paris, PUF, p. 161-176.
- Collins, Patricia Hill (2013) « Black Feminist Thought in the Matrix of Domination », dans Charles Lemert (Eds.), *Social theory: the Multicultural and Classic Readings*, 5ème Edition, Boulder, Westview Press.
- Devresse, Marie-Sophie (2006) *Usagers de drogue et justice pénale: constructions et expériences*, Bruxelles, Larcier.
- Dorvil, Henri (2007) « Les inégalités sociales en santé. Le cas spécifique de la santé mentale », dans Henri Dorvil (dir.), *Problèmes sociaux. Tome 3: Théories et méthodologies de la recherche*, Québec, PUQ, p. 169-202.
- Fassin, Didier (2000) *Les enjeux politiques de la santé. Études sénégalaises, équatoriennes et françaises*, Paris, Karthala.
- Fischer, Benedikt, Julian V. Roberts, Maritt Kirst (2002) « Compulsory Drug Treatment in Canada: Historical Origins and Recent Developments », *European Addiction Research*, 8 (2), p. 61-68.
- Fortin Daniel (1989) « La pauvreté et la maladie mentale : est-ce que les pauvres sont plus malades et si oui pourquoi? », *Santé mentale au Québec*, 14 (2), p. 104-113.
- Goffman Erving (1975) *Stigmate. Les usages sociaux des handicaps*, Éditions de Minuit, coll. « Le Sens Commun ».
- Hancock, A. M. (2007) « When multiplication doesn't equal quick addition: Examining intersectionality as a research paradigm », *Perspectives on Politics*, 5 (1), p. 63-79.
- Hankivsky, Olena (2012) « Women's health, men's health, and gender and health: Implications of intersectionality », *Social Science & Medicine*, 74 (11), p.1712-1720.
- Hankivsky Olena, A. Christoffersen (2008) « Intersectionality and the determinants of health: a Canadian perspective », *Critical Public Health*, 18(3), p.1-13.
- Krieger, Nancy (2003) « Does Racism Harm Health? Did Child Abuse Exist Before 1962? On Explicit Questions, Critical Science, And Current Controversies: An Ecosocial Perspective », *American Journal of Public Health*, 93 (2), p. 194-199.
- Lochak, Danielle (1987) « Réflexions sur la notion de discrimination », *Droit Social*, 11, p. 778-790.
- Lovell, Anne (2000) « Les troubles mentaux », dans A. Leclerc, D. Fassin, H. Grandjean, M. Kaminiski, T. Lang (dir.) *Les inégalités sociales de santé*, Paris, Ed. la Découverte/Inserm, p. 251-266.
- Marmot, Michael G. (1986) « Social Inequalities in Mortality : the Social Environment », dans Wilkinson R. *Class and Health*, London and New York : Tavistock Publications.
- McGibbon, Elizabeth, Charmaine McPherson (2011) « Applying Intersectionality & Complexity Theory to Address the Social Determinants of Women's Health », *Women's Health and Urban Life*, 10 (1), p. 59-86.
- Metzl, Jonathan M. (2010) *The Protest Psychosis. How Schizophrenia Became a Black Disease*, Boston, Beacon Press Books..
- Moore, Dawn (2007) *Criminal Artefacts : Governing Drugs and Users*, Vancouver, University of British Columbia Press.
- Pierret, Janine (1997) « Un objet pour la sociologie de la maladie chronique : la situation de séropositivité au VIH ? », *Sciences sociales et santé*, 15 (4), p. 97-120.
- Reada, Jen'nan Ghazal, Bridget K. Gorman (2006) « Gender inequalities in US adult health: The interplay of race and ethnicity », *Social Science & Medicine*, 62, p. 1045-1065.
- Weber, Lynn, DeAnne Karen Hilfinger Messias (2012) « Mississippi front-line recovery work after Hurricane Katrina: An analysis of the intersections of gender, race, and class in advocacy, power relations, and health », *Social Science & Medicine*, 74, p. 1833-1841.
- Wikman, Anders, Marklund Staffan, Alexanderson Kristina (2005) « Illness, disease, and sickness absence: an empirical test of differences between concepts of ill health », *Journal of epidemiology and community health*, 59, p. 450-454.
- Wilkinson, Richard, Michael G. Marmot (dir.) (2004) *Déterminants sociaux de la santé ; les faits*, 2e édition, Danemark, Centre pour la santé urbaine du bureau régional de l'OMS pour l'Europe.



Inégalités sociales et insécurité alimentaire

Réduction identitaire et approche globale

DOSSIER

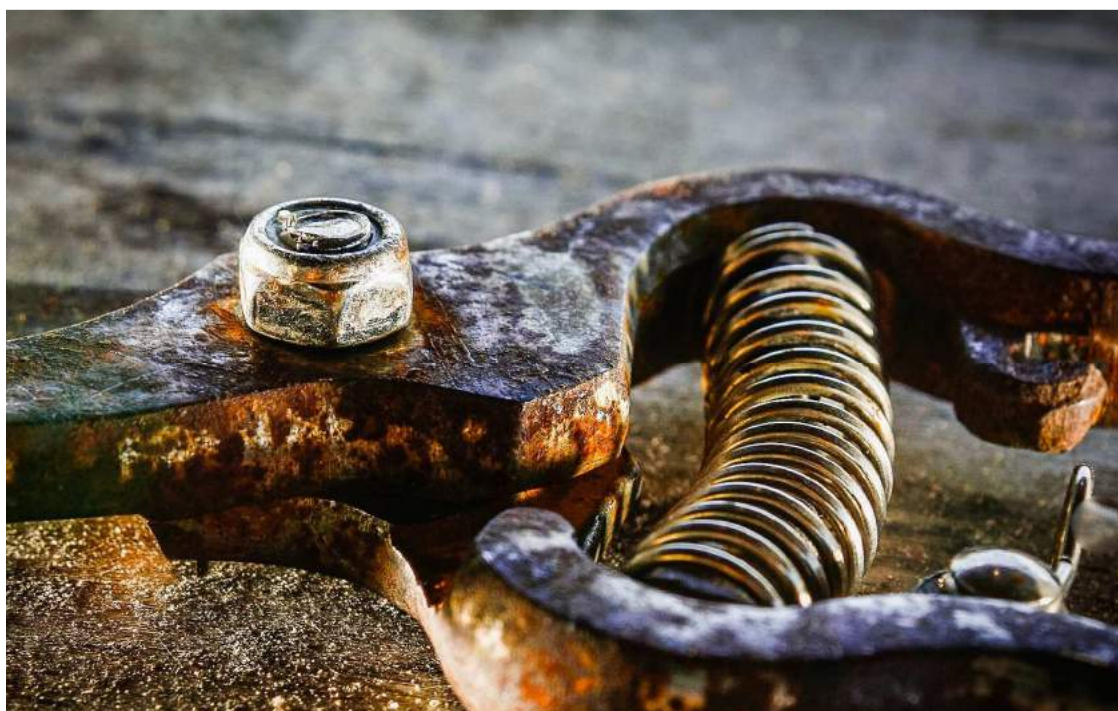
Texte
Collectif¹

Christopher McAll
Cécile Van de Velde
René Charest
Federico Roncarolo
Geneviève McClure
Sophie Dupéré
François Régimbal
Pierre-Luc Lupien
(Québec)

Chantal Mazaëff
Cyril Villet
Manuella Ngnafeu
(Alsace)

Marta Llobet
Paula Duran Montfort
(Catalogne)

Fabio Berti
(Toscane)



Les interventions en «sécurité alimentaire» se font souvent dans l'urgence avec peu de ressources. Conséquemment et malgré elles, ces interventions peuvent contribuer à réduire les personnes à des « bouches à nourrir ». Le risque encouru est de reproduire le trait marquant des rapports sociaux inégaux producteurs de disparités de revenus et de conditions de vie : la réduction identitaire. Que ce soit vis-à-vis des personnes âgées, des mères monoparentales, des personnes bénéficiant de l'aide sociale, des membres de minorités ethniques ou racisées ou des personnes sans domicile, les traitements discriminatoires qu'elles subissent ont tendance à être fondés sur un regard réducteur qui ne voit en elles que des traits négativement connotés partagés par la catégorie de la population

à laquelle elles sont censées appartenir. La personne peut disparaître derrière l'identité stigmatisée.

Agir sur les rapports sociaux inégaux producteurs de la pauvreté requiert de passer d'une telle approche réductrice à une approche globale, où la personne est reconnue dans les multiples dimensions de sa vie. Ce passage est prioritaire dans le cas de l'insécurité alimentaire, où, dans l'urgence, il peut y avoir tendance à dissocier l'alimentation de ces autres dimensions. Or, l'alimentation occupe une place centrale dans le bien-être global de la personne, y compris son bien-être relationnel et celui qui relève de son autonomie décisionnelle.

C'est avec les objectifs de mieux cerner la place de l'alimentation dans la vie de populations qui vivent l'insécurité alimentaire, d'identifier, de décrire et de proposer (le cas échéant) les approches et interventions le plus en mesure de répondre de manière globale et non-réductrice à ces besoins et de contribuer à l'élaboration de politiques et de programmes dans ce domaine, que le CREMIS entame un programme de recherche sur l'approche globale en sécurité alimentaire. Ce programme associe des collaborateurs à Mulhouse (France), Sienne (Italie) et Barcelone (Espagne) dans le cadre du réseau de «villes et régions laboratoires» animé par le CREMIS. Le partage des analyses fondées sur une méthodologie commune utilisée dans les quatre pays permettra de faire émerger des points de correspondance entre les sites et de consolider l'échange de bonnes pratiques et de bonnes politiques en sécurité alimentaire – favorisant une approche globale des personnes et des populations.² Dans ce texte, nous présentons les fondements théoriques de ce programme qui vise à resituer l'enjeu de l'alimentation au cœur de la réflexion et de l'action sur les inégalités sociales.

Manques

Selon Anderson (1990), l'insécurité alimentaire existe lorsque la disponibilité d'aliments constituant une nourriture saine et nutritive en quantité suffisante ou la capacité d'acquérir ces aliments par des moyens socialement acceptables sont limitées ou incertaines. L'insécurité alimentaire peut donc être considérée comme une manifestation spécifique d'une situation de «privation» (dans le sens de Townsend, 1987). Au Canada, les données nationales et provinciales de 2012 montrent que 13% des Canadiens et 13.5% des ménages québécois sont en insécurité alimentaire. Les personnes à faible revenu vivant de l'aide sociale, celles qui reçoivent une compensation pour des accidents ou des indemnités du chômage, celles qui ont un faible niveau d'éducation, les autochtones, les personnes âgées, les célibataires ou les familles monoparentales ont un risque important de tomber en insécurité alimentaire (McIntyre, Bartoo et Emery, 2014).

Vers la fin des années 1990, le gouvernement du Québec s'est engagé dans le développement de la sécurité alimentaire en contribuant financièrement à soutenir l'action communautaire sur l'ensemble de son territoire. Toutefois, cette posture politique a conduit à une dépolitisation du problème et à une certaine déresponsabilisation de l'État (Pageau, 2008). En conséquence,

les réponses à l'insécurité alimentaire prennent surtout la forme d'initiatives communautaires décentralisées, proposant des stratégies non coordonnées à des niveaux régional ou provincial et très variées dans leurs contenus. Ces stratégies représentent pour la plupart des interventions de mitigation de l'insécurité alimentaire dans une approche caritative; elles cherchent à répondre aux besoins immédiats de la population, sans s'intéresser aux causes primaires liées à la pauvreté, et présentent une efficacité limitée (Tarasuk, Naomi et Rachel, 2014).

Les recherches sur l'insécurité alimentaire abordent davantage les aspects liés aux caractéristiques nutritionnelles et à l'accès géographique et financier à la nourriture, que les aspects politiques, sociaux et culturels inhérents à la question du manque de nourriture. Les études qui prennent en considération les aspects sociaux des interventions se penchent surtout sur l'influence du capital social individuel concernant l'accès à la nourriture (Dean et Sharkey, 2011; Chabra, Falciglia et Lee, 2014). Différents enjeux peuvent freiner l'accès aux ressources qui s'inscrivent dans une logique caritative, comme les banques alimentaires. Parmi ces enjeux, les personnes peuvent ressentir de la honte à l'idée d'être associées à la pauvreté et avoir des sentiments de peur d'être stigmatisées. (Loopstra, 2012; Edward et Evers, 2001; Gundersen et Oliveira, 2001). De plus, recourir aux banques alimentaires peut s'avérer socialement inacceptable et contredire des valeurs soutenues par l'entourage familial et la société en général, comme, par exemple, l'indépendance et l'autonomie (Loopstra, 2012).

Par contre, d'autres études soulignent que des initiatives comme les cuisines collectives sont efficaces dans l'amélioration des interactions sociales et dans l'empowerment individuel (Iacovou et al., 2012; Engler-Stringer et Berenbaum, 2005; Engler-Stringer et Berenbaum, 2007). Cependant, ces interventions ne rejoignent pas les individus connaissant le plus d'insécurité sur le plan alimentaire et s'adressent à une partie de la population qui n'est pas la plus démunie (Roncarolo et al., 2014; Kirkpatrick et Tarasuk, 2009; Loopstra et Tarasuk, 2013). Bien que plusieurs recherches aient ciblé des groupes spécifiques de personnes en situation d'insécurité alimentaire, la plupart des études sont transversales et ne permettent pas de bien saisir la réalité de cette insécurité telle que vécue dans le quotidien au niveau individuel (Collins, Power et Little, 2014). La façon dont on se nourrit et les changements

«Le risque encouru est de reproduire le trait marquant des rapports sociaux inégalitaires producteurs de disparités de revenus et de conditions de vie : la réduction identitaire.»

«L'insécurité alimentaire serait un des principaux indicateurs d'une distribution de la richesse où la privation des uns va de pair avec la surabondance dont bénéficient les autres.»

que l'accès aux services communautaires peut apporter dans la vie des individus ont été peu étudiés, tandis que l'importance culturelle de la nourriture dans la vie des individus ait été reconnue (Engler-Stringer, 2010).

C'est dans ce contexte que le programme présenté ici vise à mieux cerner la place de l'alimentation dans la vie de populations qui vivent l'insécurité alimentaire et à identifier et à décrire les approches, interventions et politiques le plus en mesure de répondre de manière globale et non-réductrice à ces besoins.

Parent pauvre

Pour faire avancer les connaissances et les pratiques en sécurité alimentaire, il faut voir cette dernière comme étant un enjeu central des rapports sociaux inégaux producteurs des écarts de richesse et de pauvreté. La pauvreté est généralement perçue comme un «état» dans lequel on «tombe» quand on ne dispose plus du revenu nécessaire pour maintenir un niveau de vie jugé nécessaire dans un contexte social donné. Ce manque peut être pensé en termes absolus, quand la capacité de fonctionner ou même la survie de la personne est en jeu, ou en termes relatifs, quand les conditions et qualité de la vie de la personne sont jugées inadéquates par rapport aux normes en vigueur.

Depuis les études de Rowntree à la fin du XIXe siècle, l'alimentation occupe une place centrale dans les études sur la pauvreté, avec l'idée d'un «seuil» de pauvreté calculé à l'origine en fonction des besoins quotidiens en calories d'un homme adulte exerçant un travail qui demande un effort physique soutenu (Rowntree, 1901). L'idée de «pallier à un manque» ou de «combler un déficit» reste centrale quand il s'agit de «lutter contre la pauvreté», mais Rowntree a aussi attiré l'attention sur le fait qu'il existe un lien entre les déficits des uns, sur le plan de l'alimentation, et le surplus des autres. À York, en 1899, prédominaient deux types de malnutrition : sous-alimentation chronique dans les quartiers ouvriers et suralimentation dans les quartiers plus aisés, avec une valeur moyenne calorifique quotidienne des aliments consommés dans ces derniers quartiers dépassant largement les besoins individuels.

L'insécurité alimentaire serait ainsi un des principaux indicateurs d'une distribution de la richesse où la privation des uns va de pair avec la surabondance dont bénéficient les autres. C'est pour cette raison que Beveridge, en 1944, proposait un rôle central à l'État dans la distribution

alimentaire et le contrôle des prix des aliments essentiels, au même titre que le rôle proposé dans les domaines de la santé, de l'éducation, du logement et de l'organisation du marché du travail (Beveridge, 1944 :161). Cette proposition est restée largement sans suites, au-delà du contrôle de la qualité des aliments et d'une certaine rationalisation de la production agricole. L'alimentation échappe ainsi à certains principes d'universalité d'accès qui caractérisent les systèmes de santé et d'éducation, autant au Québec que dans des sociétés comparables.

L'incapacité de se payer les aliments nécessaires oblige certaines populations à recourir aux organismes de charité œuvrant dans le secteur volontaire ou associatif. Ces organismes ont tendance à être eux-mêmes précaires sur les plans financier et organisationnel et sont distribués de manière inégale sur le territoire québécois. Ce type de réponse à l'insécurité alimentaire conserve les traits marquants de l'action caritative de la fin du XIXe siècle (Finlayson, 1994; Nelson, 1990). À l'époque actuelle, alors que l'État s'est donné une capacité développée et rationalisée d'intervenir dans le domaine de la santé, la sécurité alimentaire, pourtant un des principaux déterminants de la santé, demeure un parent pauvre de l'intervention socio-sanitaire.

Protection

L'organisation locale et volontaire de l'offre des services en sécurité alimentaire, avec des intervenants qui se voient obligés de répondre à l'urgence avec peu de moyens, peut avoir des conséquences sur la manière dont les personnes se sentent en fréquentant ces organismes. Dupéré et Gélinau (2014), dans leur étude auprès de personnes utilisant les ressources en sécurité alimentaire, soulignent que les sentiments d'orgueil, de honte ou de crainte d'étiquetage sont ressortis fortement. L'exposition aux regards jugés discréditants et stigmatisants des autres a été nommée comme un élément freinant l'accès aux ressources. Le climat de tension et même de violence dans certaines ressources de distribution en milieu urbain est également ressorti de cette étude, alors qu'en milieu rural, il peut y avoir un manque de confidentialité et une crainte de perdre sa réputation dans la communauté. Dans ces cas, ne pas utiliser une ressource peut constituer une forme de «protection identitaire», le fait même de demander de l'aide pouvant être lié à un sentiment de dévalorisation selon les normes sociales dominantes.

Ces normes seraient particulièrement ressenties en lien avec la masculinité. Les hommes ne voudraient pas passer pour des « quêteux », des « faibles » ou des personnes qui « abusent » du système. L'homme doit se débrouiller seul, être pourvoyeur, capable de mettre de la nourriture sur la table. Certains disent préférer voler qu'aller « quêter », tandis que d'autres ont avoué envoyer leur copine. Certains considèrent que ces services sont destinés à un type de personnes auquel ils ne s'identifient pas ou qu'ils ne veulent pas côtoyer. Par exemple, des femmes et des personnes âgées ne voudraient pas côtoyer des « itinérants » jugés « sales et dangereux » (Dupéré et Gélinau, 2014).

Disparaître

En plus de ces sentiments de honte ressentis par des personnes obligées de recourir à des services d'aide alimentaire, le service lui-



CC0/flickr/CreativeCommons

même a parfois pour conséquence de réduire involontairement la personne à son seul besoin alimentaire qu'elle cherche à satisfaire. Elle deviendrait, en quelque sorte, une « bouche à nourrir ». Ironiquement, ce type de réduction identitaire risque de reproduire un des traits marquants des rapports inégalitaires : la réduction d'une population à un trait (connoté négativement) censé les caractériser. La personne dans sa globalité, avec son identité et son histoire, risque de disparaître derrière ces traits. La réduction identitaire dans le cas de l'insécurité alimentaire peut être associée à d'autres types de stigmatisation où la personne qu'on a en face de soi – qu'elle soit mère monoparentale, personne âgée, personne itinérante, ou autre – fait déjà partie d'un groupe qui subit un regard stigmatisant dans ses interactions quotidiennes. À travers l'âgisme, par exemple, on peut voir les personnes âgées comme autant de corps « inutiles » qui doivent être entretenus par ceux qui

sont toujours «actifs», l'aide alimentaire d'urgence étant une preuve supplémentaire de leur «inutilité» et du «fardeau» qu'elles représentent pour la société.

La réduction identitaire que peuvent subir les personnes fréquentant les ressources en sécurité alimentaire va de pair avec une certaine conception de l'alimentation en tant que «besoin» détaché des autres aspects de la vie d'une personne. En même temps que les personnes et populations vivant l'insécurité alimentaire peuvent ne pas «exister» aux yeux des autres au-delà de ce besoin immédiat, la vision réductrice de l'alimentation peut empêcher de penser les services autrement.

Chambers (1995) fait justement une critique du caractère réducteur de la pensée «experte» sur la pauvreté dans le contexte du développement international. Là où les experts du Fonds Monétaire International (FMI) ou de la Banque mondiale ne voient qu'un problème de manque de revenu dû à l'absence d'emplois et de développement industriel, des recherches fondées sur les témoignages des personnes elles-mêmes font ressortir la multidimensionnalité de la pauvreté en lien avec le «bien-être» (*well-being*) et son contraire, le «mal-être» (*ill-being*). Dans ces sociétés, l'alimentation est au cœur des activités du quotidien, n'étant pas dissociée des relations sociales dans lesquelles elle s'inscrit :

relations d'autonomie et de dépendance, relations familiales et de voisinage, le tout dans un cadre de collaboration autour de la production, de la distribution et de la consommation d'aliments.

Cette perspective fait écho aux recherches de Townsend (1987), qui mettent l'accent sur la «privation» que peuvent vivre les populations sur un ensemble de dimensions, dont l'alimentation. Townsend souligne autant les dimensions matérielles que sociales de la pauvreté. L'incapacité d'assurer une alimentation adéquate pour soi-même et pour ses enfants a un impact cumulatif sur la santé des personnes, mais aussi des conséquences négatives sur la capacité de maintenir les rapports familiaux et d'amitié fondés sur la réciprocité et l'échange.

Ce dernier constat fait ressortir le caractère social de l'alimentation et les rituels qui l'entourent. Sur ce plan, l'insécurité alimentaire peut aller de pair avec l'isolement et la solitude, soit parce que la personne n'a pas les moyens pour maintenir la réciprocité qui est au fondement de la vie sociale, soit parce qu'elle vit seule et néglige de se donner une bonne alimentation. Tout comme Chambers, Townsend insiste sur la nécessité de tenir compte de la multidimensionnalité de la pauvreté, dans son cas, à travers des enquêtes par questionnaire qui cherchent à rendre compte de manière très fine du niveau de privation sur chacune des dimensions identifiées. Townsend et Davidson (1982) mettent aussi l'accent sur l'utilité de la définition «sociale» de la santé de l'Organisation Mondiale de la Santé, fondée sur les différentes dimensions «physiques, sociales et mentales» du bien-être.

La file d'attente

Ces différents constats nous amènent à proposer une vision multidimensionnelle et non-réductrice de la pauvreté et des personnes. Nous mettons l'accent sur les rapports sociaux inégalitaires qui sous-tendent les inégalités dans l'accès à l'alimentation – rapports qui peuvent subsister dans les interventions qui visent à agir sur ces inégalités. Tout comme Townsend et Chambers, nous faisons aussi le lien avec la notion de «bien-être», en lui attribuant (comme Townsend lui-même) une valeur à la fois objective et subjective. À ce titre, nous distinguons cinq dimensions du «bien-être» qui permettent une lecture plus «globale» de l'impact de l'insécurité alimentaire dans la vie des personnes : les dimensions *matérielle* (ressources, conditions de vie), *relationnelle* (soli-



tude, insertion dans les réseaux familiaux, amicaux ou autres), *corporelle* (santé physique et mentale), *décisionnelle* (autonomie) et *temporelle* (les routines de la vie quotidienne et les parcours de vie) (McAll, Fournier et Godrie, 2014). La place de l'alimentation dans la vie quotidienne des personnes et le rôle joué par les ressources existantes sont à penser en fonction de chacune de ces dimensions du bien-être, mais aussi à la lumière des rapports spécifiques à l'alimentation de chacune des populations identifiées comme étant susceptibles de faire appel aux organismes qui fournissent une aide alimentaire d'urgence ou un soutien en lien avec l'alimentation.

Soulignons qu'au Québec de 2008 à 2014, il y a eu une augmentation significative (23%) du nombre de personnes utilisant les banques alimentaires (Banques alimentaires Canada 2014). Les personnes âgées et les jeunes adultes sont deux sous-groupes qui sont de plus en plus nombreux à fréquenter ces ressources. Toutes ces personnes n'échappent pas à la multidimensionnalité des rapports sociaux inégalitaires. Une jeune qui se présente à une banque alimentaire peut être étudiante et mère monoparentale. Elle peut aussi être sur l'aide sociale et faire face à une insuffisance de revenu qui se traduit par l'incapacité de se payer les aliments nécessaires, tout en se trouvant dans un quartier où l'offre d'aliments de qualité à un prix accessible est déficitaire. Elle peut se distinguer des autres non seulement par ses responsabilités parentales et par certains types de jugement auxquels elle est exposée au quotidien, mais aussi par le soutien qu'elle peut recevoir, sous la forme, par exemple, de l'aide apportée par sa mère (Dandurand et McAll, 1996). Un homme itinérant dans la cinquantaine qui se trouve aussi dans la file d'attente d'une banque alimentaire peut faire face à d'autres contraintes, sa vie quotidienne étant structurée autour des horaires des ressources en sécurité alimentaire et des refuges.

Le présent programme vise à rendre compte de ces différences et à faire en sorte que les individus ne soient pas réduits à de simples consommateurs d'aide alimentaire de dernier recours, qu'ils soient accueillis dans leur multidimensionnalité, que l'aide alimentaire s'inscrive dans une approche globale visant la consolidation du bien-être sur les plans matériel, relationnel, corporel, décisionnel et temporel.

Arrimage

L'approche globale signifie également un meil-

leur arrimage entre les services existants, tels les cuisines collectives, banques alimentaires et marchés solidaires, qui répondent chacun à des besoins spécifiques, ainsi que le nombre croissant de groupes communautaires désirant intervenir sur le plan de l'alimentation. Ce programme de recherche vise à consolider ce travail de réseautage et de coordination à travers des activités de partage et de transfert, tout en faisant en sorte que la diversité de pratiques communautaires visant la sécurité alimentaire, dans leur dimension «globale», soit mieux connue. L'approche globale nécessite également une meilleure coordination des responsabilités entre les différents niveaux local, régional et national.

Comme nous l'avons mentionné auparavant, depuis la fin des années 1990, on remarque une certaine désresponsabilisation du gouvernement central au Québec à l'égard de la sécurité alimentaire (Pageau, 2008). Les réponses à ce problème ont tendance à se résumer à des initiatives communautaires décentralisées fondées surtout sur la mitigation de l'insécurité alimentaire dans une approche caritative. Il y a une responsabilité collective à assumer, à travers l'élaboration de politiques et de programmes qui devraient, selon nous, être fondés sur la transformation de l'offre de services au niveau local en fonction de l'approche globale.

Notes

1. Christopher McAll, (professeur, sociologie, Université de Montréal, membre du CREMIS), Cécile Van de Velde (professeur, sociologie, Université de Montréal, membre du CREMIS), René Charest (organisateur communautaire, CIUSS-CSMTL), Sophie Dupéré (professeure, sciences infirmières, Université Laval, membre du CREMIS), Federico Roncarolo, (Stagiaire postdoctoral en santé publique, Université de Montréal) (IRSPUM), Geneviève McClure (APPR, développement de la recherche, CREMIS), François Régimbal (professeur, sociologie, Cégep du Vieux-Montréal, membre du CREMIS), Pierre-Luc Lupien, (professeur de sociologie, Cégep de Gaspésie et des Îles), Marta Llobet (professeure en travail social, Université de Barcelone, membre collaboratrice du CREMIS), Fabio Berti (professeur de sociologie, Université de Sienne), Chantal Mazaëff (directrice, Institut supérieur social de Mulhouse), Cyril Villet (responsable de formation, Institut supérieur social de Mulhouse), Manuella Ngnafeu (responsable, pôle insertion, *Appuis*, Mulhouse).

2. Une première démarche de recherche s'inscrivant dans le programme présenté dans cet article se déroule actuellement à Montréal, Barcelone, Mulhouse et Sienne en collaboration avec Fabio Berti (Université de Sienne), Marta Llobet et Paula Duran Montfort (Université de Barcelone), Chantal Mazaëff, Cyril Villet (Institut supérieur social de Mulhouse) et Manuella

Ngnafeu (Appui, Mulhouse).

3. Ce programme se met en place en collaboration avec le Groupe de recherche et de formation sur la pauvreté au Québec (affilié au Front commun des personnes assistées sociales du Québec), groupe partenaire de longue date du CREMIS. Cette collaboration permet de faire appel aux savoirs expérientiels de la trentaine de groupes membres du Front commun présents dans les différentes régions du Québec. Le Regroupement des Auberges du cœur du Québec est également un partenaire dans la démarche. Le programme a aussi été développé en collaboration avec le Comité de travail sur la sécurité alimentaire du CSSS Jeanne-Mance. Ce comité, soutenu par des organisateurs communautaires, a organisé le premier Rendez-vous Jeanne Mance sur la sécurité alimentaire en 2014. Ce rendez-vous a réuni différents professionnels du CSSS Jeanne-Mance, ainsi que les partenaires du réseau local, dont les tables de quartier du territoire du CSSS qui ont entamé des travaux sur la thématique de la sécurité alimentaire en lien avec l'arrondissement et les trois tables de concertation en sécurité alimentaire du territoire auxquelles participent des organisateurs communautaires du CSSS. Le comité a rédigé un état de la situation concernant la sécurité alimentaire sur le territoire et a consulté plusieurs professionnels du CSSS, (nutritionnistes, travailleurs et travailleuses sociales, infirmières) à propos des enjeux entourant cette question. La consultation a permis de constater que la sécurité alimentaire est une préoccupation importante chez les professionnels du CSSS dans la mesure où les difficultés économiques, les restrictions d'accès à une alimentation adéquate et un déficit de compétence culinaire chez plusieurs usagers-ères des services pouvaient causer des problèmes graves ou chroniques de santé.

Références

- Anderson, S. (1990). «Core indicators of nutritional state for difficult-to-sample populations». *The Journal of Nutrition* 120 Suppl. 11:1559-600.
- Banques alimentaires Canada (2014) *Bilan faim*.
- Beveridge, W.H. (1944). *Full Employment in a Free Society*, London: George Allen & Unwin.
- Chabra, S., G.A. Falciglia et S.Y. Lee (2014). «Social capital, social support, and food insecurity of food pantry users». *Ecology of food and nutrition*; 53(6):678-92.
- Chambers, R. (1995). «Poverty and Livelihoods: whose reality counts?», *Environment and Urbanization*, 7(1), 1995: 173-203.
- Collins, PA., E.M. Power et M.H. Little (2014). «Municipal-level responses to household food insecurity in Canada: a call for critical, evaluative research». *Canadian Journal of Public Health* 105(2):138-41.
- Dandurand, R. et C. McAll, (1996). «Welfare, Workfare, Wedfare: Faut-il toujours aider les mères seules ?» *Lien social et politiques* (36) : 79-92.
- Dean, W.R. et J.R. Sharkey (2011). «Food insecurity, social capital and perceived personal disparity in a predominantly rural region of Texas: an individual-level analysis». *Social Science and Medecine* 72(9): 1454-62.
- Dupéré, S. et L. Gélinau (2014). *Vers une autonomie alimentaire pour tous : Agir et Vivre Ensemble le Changement* Rapport scientifique conçu à l'intention des décideurs, gestionnaires et intervenants, FRQSC, Programme Actions concertées.
- Edward, H.G. et S. Evers (2001). «Benefits and barriers associated with participation in food programs in three low-income Ontario communities». *Canadian journal of dietetic practice and research* 62(2):76-81.
- Engler-Stringer, R. et S. Berenbaum (2005). «Collective kitchens in Canada: a review of the literature». *Canadian Journal of Dietetic Practice and Research* 66(4):246-51.
- Engler-Stringer, R. et S. Berenbaum (2007). «Exploring food security with collective kitchens participants in three Canadian cities». *Qualitative Health Research* 17(1):75-84.
- Engler-Stringer R. (2010). «Food, Cooking Skills, and Health: A Literature Review». *Canadian Journal of Dietetic Practice and Research* 71(3):4.
- Finlayson, G. (1994). *Citizen, State and Social Welfare in Britain 1830-1990*, Oxford: Clarendon Press.
- Gundersen, C. et V. Oliveira (2001). «The Food Stamp Program and food insufficiency». *American Journal of Agricultural Economics* 83(4):875-87.
- Iacovou, M., D.C.Pattieson et H. Truby (2012). «Social health and nutrition impacts of community kitchens: a systematic review». *Public Health Nutrition* 1-9.
- Kirkpatrick, S.I. et V. Tarasuk (2009) «Food insecurity and participation in community food programs among low-income Toronto families». *Canadian Journal of Public Health* 100(2):135-9.
- Loopstra, R. et V. Tarasuk (2012) «The Relationship between Food Banks and Household Food Insecurity among Low-Income Toronto Families». *Canadian Public Policy*; 38(4):497-514.
- Loopstra R, V. Tarasuk (2013) «Perspectives on Community Gardens, Community Kitchens and the Good Food Box Program in a Community-based Sample of Low-income Families». *Canadian Journal of Public Health* 104(1):55-9.
- McAll, C., A. Fournier et B. Godrie. (2014). «Vivre et survivre à domicile: le bien-être en cinq dimensions», *Revue du CREMIS* 7(2):4-8.
- McIntyre L., A.C. Bartoo et J.H. Emery (2014). «When working is not enough: food insecurity in the Canadian labour force». *Public Health Nutrition* 17(01):49-57.
- Nelson, B.J. (1990).«The Origin of the Two-Channel Welfare State: Workmen's Compensation and Mothers'Aid». Dans L. Gordon, ed., *Women, the State, and Welfare*. Madison: University of Wisconsin Press: 123-151.
- Pageau, M. (2008). *Cadre de référence en matière de sécurité alimentaire*. Québec: Direction générale de la santé publique.
- Roncarolo, F., C. Adam et S. Bisset (2014). «Traditional and Alternative Community Food Security Interventions in Montreal, Quebec: Different Practices, Different People». *Journal of Community Health*.
- Rowntree, B. S. (1901). *Poverty: A Study of Town Life*, London: Macmillan.
- Tarasuk, V., A. Mitchell et N. Dachner, (2014) *Household food insecurity in Canada*. Toronto.
- Tarasuk, V., D. Naomi et L. Rachel (2014). «Food banks, welfare, and food insecurity in Canada». *British Food Journal* 116(9):1405-17.
- Townsend, P. et N. Davidson (eds.) (1982), *Inequalities in Health: The Black Report*, Harmondsworth: Penguin Books.
- Townsend, P. (1987). «Deprivation». *Journal of Social Policy* 16(2):25-146.

Promouvoir l'intervention collective dans les Auberges du coeur

Recherche-action participative et co-construction des connaissances

RETOURS



cc0/ikrCreative Commons

Jean-François René
professeur,
École de travail social,
UQAM,
membre du CREMIS

Elisabeth Greissler
post-doctorante,
Service social,
Université de Montréal

Isabelle Morissette
Professionnelle de
recherche

Cet article s'intéresse au processus d'une recherche-action participative (RAP) réalisée avec un groupe d'intervenants¹ travaillant dans des ressources d'hébergement communautaire - les Auberges du Cœur du Québec - regroupées au sein du Regroupement des Auberges du cœur du Québec (RACQ)². Notre démarche de RAP (Morissette, Greissler et René, 2015) s'inscrit dans un contexte où le RACQ souhaitait réfléchir aux pratiques qui soutiennent l'expression de la citoyenneté des jeunes hébergés dans les Auberges³, pratiques dont on avait observé les limites par le passé (René *et al.*, 2007). C'est pour répondre aux besoins du RACQ que l'équipe de recherche a favorisé le choix d'une RAP durant l'étape d'élaboration du projet (de juillet à décembre 2013)⁴. Elle visait à créer un espace de discussion, de réflexion, d'analyse et d'intervention portant sur les expériences d'action collective et les besoins de soutien et de formation des intervenants à cet égard.

Dans une démarche de RAP, les participants sont des co-chercheurs à

part entière, et sont en théorie impliqués dans toutes les étapes de recherche. Il y a une dimension émancipatrice à ce type de processus qui est marqué par la volonté explicite de transférer du pouvoir aux co-chercheurs (René, Champagne et Mongeau, 2013). La RAP se distingue des recherches qualitatives traditionnelles par l'association directe et active des co-chercheurs dans le processus de recherche, de l'élaboration des objectifs à l'appropriation des résultats. En « cherchant » avec et non *sur* les participants, la RAP favorise la participation active de tous, tant au niveau politique (relations entre participants, implication dans les décisions), qu'au plan *épistémique* (reconnaissance de l'expérience, des savoirs des participants, etc.). L'objectif de cet article est de réfléchir à notre démarche de RAP en regard des balises et des enjeux propres à la réalisation de ce type d'étude⁵.

Une enquête coopérative

Le recrutement des participants s'est fait en collaboration avec le RACQ. Une invitation à participer à la démarche a été transmise à toutes les Auberges du cœur lors de l'assemblée générale d'octobre 2013. Au total, seize personnes ont participé à la recherche : douze intervenants ou coordonnateurs de sept Auberges différentes, ainsi que deux permanents du RACQ et deux stagiaires. Les participants ont collaboré à quatre rencontres de recherche, de février à septembre 2014, pour un total de 20 heures.

Comme on peut le constater en consultant le schéma qui suit, l'enquête s'est déroulée en trois cycles. Le premier cycle a permis aux participants de mieux s'approprier l'objet de l'étude, de le modifier collectivement, et de s'imprégner des principes de la RAP. Sur le plan du contenu,

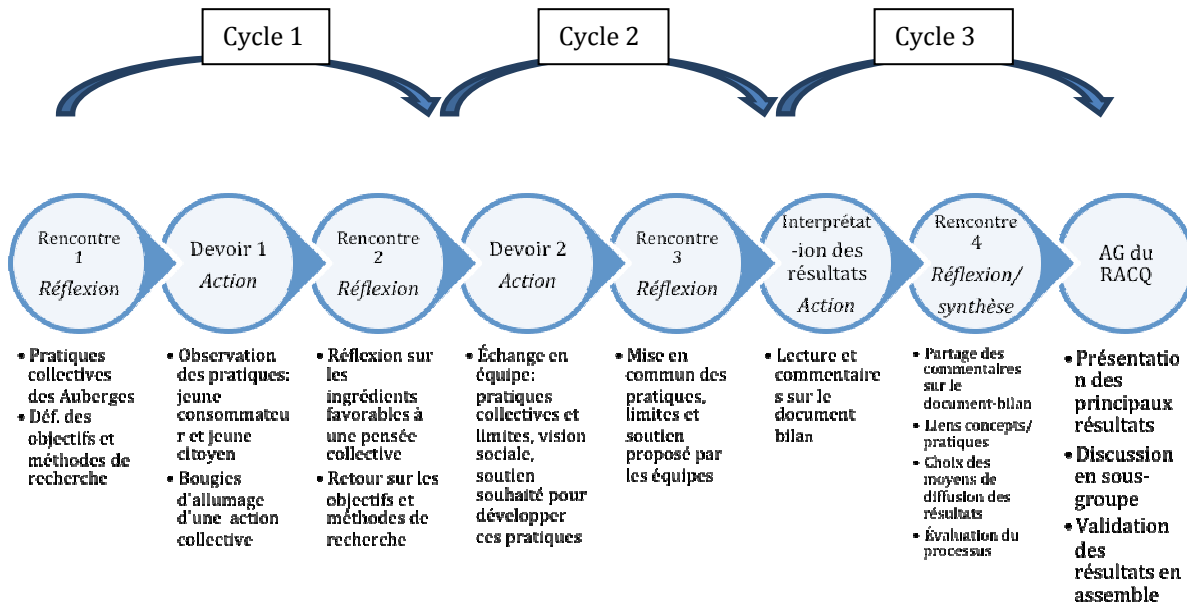
ils ont exprimé la volonté de réfléchir à la méthodologie et à la théorie de l'action collective (AC), en documentant les pratiques et les outils favorisant l'expression de la citoyenneté des jeunes, afin d'en arriver à mieux supporter cette forme d'action au sein des Auberges du Coeur. Ils ont donc été amenés à collecter des données dans leur milieu de travail, afin d'en discuter lors de la deuxième rencontre, qui portait sur les pratiques existantes en action collective au sein de leur propre Auberge, ainsi que sur la manière d'entrevoir les jeunes dans l'actualisation de ces pratiques. On pense à des situations survenues dans leur milieu, à des actions réalisées par eux ou leurs collègues, pouvant constituer des « bougies d'allumage » à une action collective. Il a entre autres été question de la place occupée par des activités d'éducation populaire dans certaines Auberges et des moments qui permettent de sensibiliser les résidents à des questions sociales et à des enjeux politiques. Cette première étape a permis de préciser la nature des savoirs en présence - ici plus expérientiels, par rapport à des savoirs plus théoriques ou liés à la culture organisationnelle.

Le deuxième cycle de l'enquête a davantage fait ressortir l'importance du rôle de l'intervenant pour traduire les principes des Auberges en pratiques concrètes de développement d'une pensée et d'actions collectives. S'en dégagent des changements à apporter au sein des Auberges et du RACQ et des moyens concrets pour soutenir les intervenants dans le développement de ces pratiques collectives. D'après l'analyse des participants, cela pourrait se traduire, entre autres, par une plus grande volonté organisationnelle de prioriser ces pratiques, un meilleur partage des actions entre Auberges et un soutien continu du personnel sur ce plan. À ce stade, les propositions avancées sont traversées par une certaine formalisation des pratiques (plus structurées ou réflexives). En termes de démarche, les participants ont encore une fois eu à se mettre en action comme co-chercheurs entre la deuxième et la troisième rencontre. Ce sont les données recueillies suite à l'activité réalisée au sein de l'équipe de travail de leur propre Auberge (voir schéma 1) qui ont été discutées lors de la troisième rencontre.

Le troisième cycle de la démarche prend non seulement appui sur les résultats issus de nos échanges et des données recueillies sur le terrain, mais également sur des apports théoriques auxquels ont contribué des membres de l'équipe de recherche lors de la quatrième et dernière rencontre. Ces apports ont favorisé l'émergence de certains éléments transversaux d'analyse et de réflexion, en lien avec les théo-



Schéma 1 : Les cycles de la démarche de recherche et les principaux faits saillants



RETOURS

ries sur l'action collective. La nature du rôle joué par les intervenants fait partie de ces réflexions. La nécessité qu'ils soient présents et actifs, dans un rôle de support, par exemple comme « catalyseurs » ou « facilitateurs » a été évoquée régulièrement (Toomey, 2009). La présentation des résultats à l'assemblée générale (AG) du RACQ de novembre 2014 réalisée avec certains co-chercheurs disponibles ce jour-là fait également partie de ce troisième cycle d'enquête. En effet, ce moment a permis au RACQ, une fois les rencontres de recherche terminées, de s'approprier les résultats et d'amorcer une réflexion sur les suites de la démarche de recherche. Ce fut une occasion supplémentaire de co-construction de connaissances.

Regard critique

Voyons maintenant les points forts et les points faibles de notre démarche, en regard de son contexte de réalisation. D'une manière générale, il importe d'abord de souligner que notre enquête s'est déroulée dans un contexte très favorable à sa réalisation. Le RACQ avait identifié un besoin clair et explicite. Ils ont fait appel à des chercheurs qui avaient déjà collaboré par le passé avec le RACQ. De plus, le regroupement est un milieu assez ouvert à la recherche, et certains intervenants ont l'habitude de travailler avec des chercheurs. Partager des savoirs avec

des chercheurs n'est donc pas totalement nouveau pour eux. Cela a sûrement facilité notre entrée sur le terrain, et favorisé l'ouverture et l'écoute au moment de la présentation des résultats en AG. Un contexte différent aurait sûrement demandé une préparation plus longue et attentive avant de débiter l'enquête.

Un aspect fondamental d'une RAP concerne la participation effective des premiers concernés à l'étude. Comme nous l'avons déjà mentionné dans ce texte, dans le cadre d'une RAP on cherche avec et non sur les participants. Nous avons donc travaillé à impliquer les participants dans la prise de décisions concernant les objectifs de la démarche, les méthodes d'enquête, les actions à poser suite à la recherche et la diffusion des résultats à l'AG du RACQ. Les participants furent aussi sollicités comme chercheurs, de manière encore plus explicite, par leurs collectes de données, ou leur participation directe à l'analyse et à la discussion sur les données recueillies, les comptes rendus de rencontres, les réflexions en séance. Au final, le bilan est assez positif : leur désir de prendre part à la démarche, leur application à bien faire les devoirs et à réfléchir ensemble, furent exemplaires. Le fait d'avoir des tâches à accomplir entre les rencontres a suscité selon nous un réel engagement, une posture réflexive au-delà des rencontres de recherche. Cet enga-

RETOURS

gement est un enjeu central à toute RAP. Le contexte général identifié au paragraphe précédent a sûrement été aidant, jumelé aux diverses occasions de participation que nous avons proposées au groupe.

En regard de cet engagement, une limite est à noter : la difficulté d'endosser le rôle de co-chercheur pour les participants. En fait, bien que nous ayons abordé la dimension participative au départ, il y a sans doute eu une certaine confusion entre le rôle de participant plus classique à une recherche et celui de réel co-chercheur. Comme la démarche était plutôt inductive et qu'ils n'avaient pas l'habitude d'être dans ce rôle, ils avaient parfois l'impression de ne pas savoir où nous en étions, en attente de balises plus claires de la part de l'équipe de recherche. Ils avaient besoin de réponses alors que l'on posait surtout des questions. Ceci interroge également notre propre rôle sur le plan du contenu : aurions-nous dû leur apporter plus tôt un savoir théorique et construit, afin par exemple de clarifier et cadrer certains concepts, quitte à mettre en jeu l'exploration collective ?

Cette difficulté à endosser pleinement le rôle de co-chercheur soulève une autre faiblesse : le partage limité des décisions entourant le proto-

cole de recherche, les différentes phases de l'enquête, les multiples fonctions (animation, transcription, etc.). Cela peut s'expliquer par la durée du processus, somme toute assez courte (quatre rencontres), une limite à la prise en charge de la démarche et ainsi des devoirs à réaliser entre chaque rencontre. Une démarche à plus long terme aurait peut-être généré une plus grande appropriation et ouvert la voie à un partage plus démocratique du processus.

Un dernier élément concerne les défis spécifiques liés à l'animation des rencontres. Dans notre manière d'animer la démarche de recherche, nous avons tenté de favoriser le partage des préoccupations de chacun, de donner la parole à tous les participants, de faire parler les membres du groupe avant les chercheurs, de nous appuyer sur leurs préoccupations et de nous en servir pour structurer les rencontres suivantes. Toutefois, force est d'admettre que les embûches étaient nombreuses en séance. Par exemple, en raison de la densité du matériel apporté par les co-chercheurs à chacune des rencontres, il était difficile d'entendre et de bien saisir *in situ* la portée des réflexions. L'exercice de synthèse en fin de rencontre, à chaud, était exigeant pour tous. Notons ici que certains participants auraient aimé que les discussions



CC0/flickr/CreativeCommons

soient davantage encadrées.

Limites au plan politique

La démarche et les savoirs produits présentent une utilité pour le RACQ et ses membres. La richesse des rencontres, sur le plan du partage des pratiques et des défis de ce type d'intervention, a permis non seulement de les documenter, mais de constituer en quelque sorte, en soi, un espace de formation en devenir. En somme, cette démarche a permis aux Auberges participantes de réfléchir ensemble à ce qu'est l'action collective au sein des Auberges, aux raisons et aux bénéfices liés à ce type de pratiques ainsi qu'à la manière de les supporter. Ici, le fait que des directions d'Auberges dégagent des intervenants pour qu'ils s'investissent dans cette démarche fut très bénéfique pour la réalisation de la RAP.

Cela dit, notre étude présente certaines limites. Les résultats obtenus ne sont pas exhaustifs, en raison de notre mandat limité, d'une part, et du temps assez court alloué à ce processus, d'autre part. Les modestes ressources financières disponibles pour la recherche ont aussi forcément influencé son ampleur. Enfin, les sept Auberges ayant participé à la recherche présentaient un profil de pratiques déjà orientées vers le collectif. Ce dernier point a un impact politique, entre autres, sur ce que nous pourrions appeler la capacité de conviction : comment convaincre les autres Auberges, suite à cette enquête, de la pertinence de travailler en ce sens et d'actualiser un plan d'action ? Comment s'assurer que les Auberges embarquent dans le train, avec les contraintes qu'elles rencontrent, et les freins que notre démarche a d'ailleurs bien fait ressortir ? Il s'agit là d'un enjeu politique majeur d'une RAP.

Notes

1. Notez que tout au long du texte, le masculin inclut le féminin.
2. En 2015, 28 Auberges font partie du RACQ, qui vise à défendre l'existence et l'autonomie des Auberges, porter la parole des jeunes, favoriser une communauté d'appartenance entre maisons, jeunes et partenaires et développer des ressources additionnelles (RACQ, 2008 : 8). Chaque année, environ 2500 jeunes de 12 à 30 ans sont hébergés dans 300 lits en maisons d'hébergement ou dans 150 places en appartements supervisés et logements sociaux, et 3000 autres jeunes sont accompagnés en « post-hébergement ».
3. Dans le *Plan d'action 2013-2016* du RACQ, l'action collective est identifiée comme moyen privilégié de « s'assurer que la dimension de développement de la

citoyenneté et de la transformation sociale qui définit l'action communautaire autonome des Auberges du cœur demeure au cœur de [sa] mission » (priorité 4 – éducation populaire, action collective et défense des droits).

4. Soulignons ici l'apport de François Labbé, qui était permanent du RACQ à cette époque.

5. Sur le site du RACQ, il est possible de consulter le rapport de recherche pour prendre connaissance du contenu, du détail des pratiques d'action collective des Auberges du cœur :

<http://www.aubergesducoeur.org/rapport-recherche-action-collective-aubergesducoeur-cremis>

Références

- Morissette, I., E.Greissler et J.F.René (2015). *Les pratiques d'action collective des Auberges du cœur du Québec. Une recherche-action participative.* <http://www.aubergesducoeur.org/rapport-recherche-action-collective-aubergesducoeur-cremis>
- Oates, B. J. (2002). « Co-operative Inquiry: Reflections on Practice », *Electronic Journal of Business Research Methods*, 1(1), 27-37.
- René J-F.; M.Duval, G.Cloutier, A.Pontbriand (2007). *Consolidation des pratiques communautaires d'affiliation sociale auprès des jeunes sans-abri du Québec*, Rapport de recherche Montréal ; RACQ.
- René, J.-F.; M.Champagne, S.Mongeau (2013) : «Présentation du dossier : Recherches participatives », *Nouvelles pratiques sociales*, 25(2).
- Toomey, A.H. (2009). «Empowerment and disempowerment in community development practice: eight roles practitioners play» *Community Development Journal*, 46(2), 181-195.

« La richesse des rencontres, sur le plan du partage des pratiques et des défis de ce type d'intervention, a permis non seulement de les documenter, mais de constituer en quelque sorte, en soi, un espace de formation en devenir. »

Mobilité et précarité résidentielle en région

Bouger pour être¹

RETOURS

Aude Fournier
professionnelle de
recherche, CREMIS
Enseignante au Cégep
de Victoriaville

Marie-Claude Rose
Agente de planification, de
programmation et de
recherche,
CREMIS

Christopher McAll
professeur, sociologie
Université de Montréal
membre du CREMIS

Roch Hurtubise
professeur,
École de travail social,
Université de Sherbrooke
membre du CREMIS



CC0/lickrCreativeCommons

La réalité de l'itinérance touche toutes les régions du Québec. Si la vie à la rue est l'image la plus typique de l'itinérance dans les grands centres urbains, itinérance cachée, précarité résidentielle et mobilité caractérisent le plus souvent l'itinérance en dehors des grands centres urbains. Comment comprendre le parcours géographique des personnes en situation d'itinérance qui bougent d'une ville et d'une région à l'autre? Comment accompagner adéquatement ces populations difficiles à connaître?

Ces questions sont au centre d'une recherche exploratoire menée au CREMIS, en collaboration avec les acteurs d'une ressource d'hébergement d'urgence d'une ville régionale² ayant connu ces dernières années une hausse des résidents provenant de différentes régions du Québec. Il s'agit d'une ressource d'hébergement à bas seuil d'accessibilité, c'est-à-dire qu'elle est ouverte à un large public: à la fois aux femmes et aux hommes; aux personnes ayant des problèmes de dépendance, de santé mentale et des troubles cognitifs; à celles vivant à la rue tout comme aux personnes logées qui ont besoin d'un répit pour éviter de perdre leur chez soi. Nous nous sommes demandé d'où venaient ces personnes, comment elles se déplaçaient dans l'espace et quelle était la réponse des ressources locales à cette mobilité.

Notre démarche a consisté à recueillir l'expérience de personnes en situation de précarité résidentielle fréquentant l'hébergement d'urgence, ainsi que celle des intervenants de ressources situées dans une ville régionale de taille moyenne du Québec.³ La recherche exploratoire a ainsi permis de faire vivre cette dimension de l'itinérance qui est peu abordée dans la littérature et de faire émerger des questionnements à même de soutenir la réflexion des intervenants sociaux. Y a-t-il lieu de « produire un sens » de ce déplacement pour ceux et celles

qui se sentiraient déracinés ?

Parcours pluriels

La mobilité entre villes et régions fait partie de l'expérience récente de la majorité des personnes fréquentant la ressource d'hébergement de la ville étudiée. De fait, près de la moitié y sont depuis moins d'un an. Le parcours de ces personnes est ponctué de déplacements qui ne se limitent pas à des mouvements unidirectionnels allant du petit village à un grand centre urbain. Leur provenance (lieu habité avant le dernier déplacement) se répartit presque également entre petites villes (moins de 10 000 habitants), villes moyennes et grands centres. La mobilité est principalement de type proximal (en provenance des municipalités environnantes), suivie d'une mobilité interrégionale puis, dans quelques cas, d'une mobilité à l'échelle canadienne.

Au moment où nous les rencontrons, deux tiers des personnes sondées souhaitent s'installer dans la ville régionale, alors qu'un peu plus du tiers se considèrent en transit (près d'une personne sur dix n'a pas de projet défini à ce sujet). Dans le premier cas (projet d'installation), les personnes rapportent pour la plupart des problèmes familiaux ou reliés au travail comme motifs de déplacement vers le centre urbain, ceux-ci se combinant dans plusieurs cas à une situation de précarité résidentielle (incapacité de payer leur loyer ou formules précaires de logement comme la colocation ou des chambres). La majorité d'entre elles a choisi la ville régionale pour se rapprocher de son réseau, « se trouver une *job* » et retrouver certains repères. Par-delà le besoin immédiat d'un hébergement, ce qui oriente ces personnes vers une ville ou une autre est souvent un projet « relationnel », comme renouer avec un de ses enfants, se rapprocher d'une connaissance, revoir un ancien patron.

Dans le second cas (projet de transit), il s'agit surtout de personnes qui ont quitté leur dernier lieu de vie en raison d'une situation reliée à la consommation, au jeu ou à un problème de santé mentale (qui s'accompagne souvent de démêlés avec la justice, de problèmes familiaux, de colocation ou d'endettement). Plusieurs insistent sur leur désir de changer de réseau, de prendre un « *break* » et de changer d'air, alors que quelques-unes disent plutôt être parties sur un « *nowhere* ». Elles choisissent principalement la ville étudiée pour des motifs liés aux services de désintoxication ou à l'hébergement d'urgence, sans insister sur la présence d'un

réseau social dans ce nouveau milieu de vie.

Circularité et possibilités limitées

Les entrevues réalisées avec des hommes utilisant la ressource⁴ suggèrent que ces deux grands types de rapport au lieu – un lieu envisagé sous l'angle d'un chez soi, où on veut demeurer, et un lieu vécu sous l'angle de ses ressources d'aide, par où on transite – ont un impact déterminant sur le rapport aux ressources et leur usage. Pour les personnes de passage, la ressource d'hébergement est davantage utilisée comme un espace de répit, afin de se reposer, refaire ses forces, stabiliser un problème de dépendance ou de santé, faire des économies ou trouver une alternative de logement. Du côté des personnes qui envisagent la ville comme un chez soi effectif ou possible, la ressource d'hébergement est plutôt appréhendée comme un point d'ancrage; sont mis de l'avant l'importance des liens avec les intervenants ou d'autres résidents, la possibilité d'y travailler, bref, les conditions pouvant faciliter l'installation dans le milieu.

Lorsqu'on prend un peu de distance par rapport à leur trajectoire de déplacement et qu'on s'y intéresse à l'échelle de leur vie, il ressort de cela que l'expérience de déplacement géographique des personnes est moins souvent linéaire que circulaire. On part et on revient, en essayant différentes façons de se rattacher, de maintenir une appartenance, de consolider une identité. Les mots utilisés par les personnes évoquent différentes figures du déplacement : il y a les déplacements planifiés, recherchés, faits de lieux où on « arrive », on « revient »; des déplacements temporaires, liés au travail saisonnier et au voyage, où on se « promène »; des départs précipités, pour se protéger d'un danger ou pour prendre l'air, qualifiés par le fait de « décam-

« L'expérience de déplacement géographique des personnes est moins souvent linéaire que circulaire. On part et on revient, en essayant différentes façons de se rattacher, de maintenir une appartenance, de consolider une identité »

RETOURS

« Ces personnes « itinérantes », souvent qualifiées comme étant hors du social, se révèlent n'être ni en dehors de l'espace familial, ni hors du travail. »

per »; ou encore des déplacements imposés par les conditions de santé, la justice ou l'état des relations sociales (divorce, décès) et qui font en sorte qu'on « se ramasse » quelque part, qu'on « retombe » en un lieu; enfin, certains épisodes de vie seront qualifiés par l'impossibilité de se déplacer et le fait d'« être pogné ».

Plutôt qu'aléatoire ou irrationnel, le parcours de ces hommes s'appuie sur une *variété de rationalités sociales*. Aux différentes époques de leur vie, ces hommes ont cherché à travers les lieux et les déplacements différents types d'ancrage, cherchant tantôt à s'inscrire dans les relations familiales ou dans l'univers du travail, se déplaçant d'un lieu à l'autre suite à la prise en charge institutionnelle ou pour accéder aux ressources en itinérance, en dépendance ou en santé mentale. La mobilité s'inscrit le plus souvent dans la construction de l'identité, comme levier pour une quête de sa place dans le monde et comme moteur du changement personnel : « Je voulais sortir du milieu où j'étais. Tu sais quand tu consommes, tu as une routine. Si tu veux t'en sortir, il faut que tu changes de milieu. Alors, c'est pour ça que je suis venu ici. (...) et ça fait partie aussi de mon premier choix de me retrouver près de mes enfants. Même s'il y a une certaine froideur, j'apprécie drôlement le rapprochement. » (Homme 65 ans)

Lorsqu'elle n'est pas justifiée par des repères sociaux, la mobilité est perçue de manière négative par les personnes elles-mêmes. Quelques-unes parlent alors de « fuite géographique », définie comme la difficulté à faire face aux conséquences de relations sociales difficiles et qui incitent à repartir constamment, en neuf, ailleurs. Ici, on parlera de sa propre mobilité en termes d'instabilité ou d'errance. Les déplacements font alors office de stratégie pour prendre une pause des problèmes vécus, pour s'éloigner et repartir en neuf : « J'ai pas trouvé de place chez moi. Même encore, je fuis. Il y a toutes sortes de fuites, hein? J'essaie de penser à d'autres choses et puis je fuis. Là, c'est moins pire, là, je suis en appartement, ça fait un petit bout, mais j'ai de la misère avec la vie, là... J'aide le monde, je me fais avoir. Je suis bonasse. » (Homme 36 ans)

Ainsi, de manière générale, les hommes en situation de précarité résidentielle rencontrés se déplacent pour les mêmes raisons que les personnes domiciliées : des projets économiques et relationnels ou encore, des déplacements contraints. Ces hommes ne se distinguent pas de façon marquée du point de vue de leurs stratégies ou comportements liés à la mobilité. Ces

personnes « itinérantes », souvent qualifiées comme étant hors du social, se révèlent n'être ni en dehors de l'espace familial, ni hors du travail. Au contraire, ces espaces sociaux sont souvent le moteur de leur mobilité.

Cela dit, ce qui qualifie peut-être le parcours que nous décrivons ces hommes, c'est son caractère « en pointillé » : ce sont des trajectoires ponctuées par une prise en charge institutionnelle, une crise de santé mentale, un épisode de toxicomanie, une rupture amoureuse, une tentative de suicide ou un environnement hostile, par le manque de services ou le fait de se retrouver « entre deux chaises ». Ils ont fait l'expérience de ne plus se sentir appartenir, de ne plus avoir de rôle au sein de la société, de cumuler les échecs, de défendre une identité marginale en regard des normes établies. Apparaissent également dans ces trajectoires tous les intervalles autour desquels ils n'ont pas pu se déplacer, se voyant temporairement freinés dans leur possibilité d'aller vers des lieux qu'ils considéreraient comme plus propices à leur bien-être. Certains doivent réaliser des travaux communautaires, entreprendre une thérapie, ont des conditions de libération conditionnelle, sont en attente d'un procès, manquent d'argent, ont des problèmes de santé physique ou mentale ou n'ont pas accès aux alternatives de transport. Leur capacité à se déplacer est ainsi régulièrement mise à mal, limitée, voire temporairement compromise. Les déplacements se vivent dans des conditions fragiles, où ils font face à des choix restreints en matière de destinations, ainsi qu'à des possibilités limitées à leur arrivée.

Le malaise

À différents moments de leur parcours, les personnes rencontrées ont eu recours aux services communautaires et institutionnels locaux. Contrairement à un grand centre urbain comme Montréal, qui dispose de deux ressources spécialisées dans l'accompagnement des personnes « migrantes » (principalement sans domicile)⁵ la région étudiée ne compte aucune ressource dont la mission soit centrée sur l'amélioration de la capacité de déplacement des personnes en situation de précarité financière et résidentielle. Cet accompagnement s'intègre de façon plus ou moins formelle dans la pratique quotidienne des organismes du territoire. Alors que certains sont destinés majoritairement à des personnes en situation de précarité résidentielle (centre d'hébergement d'urgence, organisme de travail de rue, équipe itinérance), d'autres rejoignent ces personnes à travers leurs services courants (centre de déten-

tion, centres de réadaptation en dépendance, maisons de thérapie, CSSS) ou disposent d'un volet secondaire d'hébergement d'urgence (maison d'hébergement pour femmes victimes de violence, centre d'hébergement en santé mentale, maison de transition pour personnes judiciarisées). Au total, onze acteurs des milieux communautaires et institutionnels⁶ ont été rencontrés en entrevue afin d'approfondir leur rôle dans les parcours de déplacement des personnes et d'identifier certaines initiatives pour mieux accompagner les personnes dans la recherche d'un lieu de vie significatif.

des personnes que sa ressource accueille : « C'est être quelqu'un quelque part, mais c'est plus un problème de liens que de lieux. Donc quelqu'un qui arrive ici, qui a le désir de s'enraciner ici, d'avoir un lien avec des gens qui est significatif et tout ça, c'est ça, le moteur de la stabilisation, sinon la migration continue. » Ainsi, les ressources peuvent parfois devenir le vecteur par lequel se construit l'appartenance à un milieu vis-à-vis duquel les personnes n'avaient pas d'attachement particulier auparavant. Certains offrent une aide matérielle pour l'emménagement dans un logement, des expé-

RETOURS



CC011icrCreativeCommons

Un des éléments principaux qui émergent est que les ressources de cette région orientent leurs pratiques principalement vers la stabilisation résidentielle des personnes et leur ancrage dans le milieu environnant. Les ressources du milieu apparaissent particulièrement propices au développement de relations significatives, à la fois entre usagers d'une même ressource, mais aussi avec des membres de la famille ou divers réseaux de socialisation dans la ville. Pour le coordonnateur d'un centre d'hébergement d'urgence, la création de liens serait le principal « moteur de la stabilisation »

riences de travail au sein de leur organisme ou misent sur des activités de participation sociale et citoyenne pour améliorer les dynamiques de cohabitation locales.

Par rapport à ces objectifs de stabilisation résidentielle, la mobilité des personnes tend cependant à être perçue comme un échec en termes d'intervention. Plusieurs intervenants partagent en effet un sentiment d'impuissance et un malaise vis-à-vis des personnes qui passent comme un « coup de vent » dans les ressources, sans entrer dans le « cadre » de

l'intervention. Ces personnes en transit, désignées comme étant « très mobiles »,⁷ utiliseraient les ressources avant tout comme lieu de répit, plutôt que comme tremplin pour la réinsertion. Du point de vue de l'intervention, maintenir le lien avec des personnes qui sont de passage semble ainsi parfois avoir peu de sens. Le coordonnateur d'un hébergement temporaire de la région évoque par exemple les défis du suivi médical ou social en CSSS auprès des personnes « mobiles », insistant sur les barrières que rencontrent les personnes « de l'extérieur » fréquentant sa ressource pour accéder aux services sociaux et de santé. Il a entendu à quelques reprises ce type de commentaires dans le réseau : « Pourquoi mobiliser professionnels et médecins pour une personne qui va peut-être disparaître demain matin? ».

L'accompagnement des personnes dans leur mobilité demeure ainsi marginal au sein de la plupart des organismes. On parle principalement de pratiques informelles et peu balisées⁶: par exemple, défrayer le transport en autobus

ou en covoiturage dans des situations particulières ou encore, effectuer des références personnalisées vers un organisme de la région où se dirige la personne. La plupart du temps, la responsabilité par rapport au suivi des personnes s'efface avec la distance. Comment réussir une intervention auprès de personnes ayant une mobilité récurrente, qui repartiront dans quelques jours et qui ont parfois peu d'intérêt à nouer un lien significatif avec les intervenants ?

Mobilité versus stabilisation

Alors que nous avons documenté le parcours de gens qui se déplacent en fonction de diverses logiques d'insertion sociale (familiale, de travail, identitaire, matérielle, etc.), ayant pour objectif une amélioration de leurs conditions d'existence ou un rapprochement de leur réseau, les trajectoires de mobilité des personnes retiennent généralement peu l'attention des intervenants que nous avons rencontrés en entrevue. La dimension « mobilité » des parcours de vie des



CC0/flickr/CreativeCommons

personnes apparaît de manière marginale dans la lecture que les intervenants font de la situation de vie des personnes, leur compréhension s'articulant davantage autour du cheminement de désaffiliation et de précarisation de leurs conditions de vie. Se dégagent même des entretiens une certaine résistance et un malaise face aux gens qui ont une mobilité importante, amenant une fréquentation récurrente dans les ressources. La mobilité n'est-elle pas parfois jugée trop négativement lorsqu'on la réduit à l'instabilité ? Y aurait-il une pression étatique, une injonction intériorisée à aller vers la stabilisation résidentielle des personnes, alors que le besoin des personnes qui transitent par un hébergement d'urgence est parfois de se reposer, pour mieux repartir ?

Cette tension entre les projets de mobilité des personnes et les objectifs de stabilisation portés au sein des ressources apparaît néanmoins très féconde pour réfléchir sur l'intervention. Dans les dernières années, le champ de la recherche sur l'itinérance s'est articulé particulièrement sur un axe allant de la précarité résidentielle à la stabilisation en logement, où les solutions recherchées consistent à offrir aux personnes la possibilité de s'établir (Dorvil et Guèvremont, 2013; Laberge et Roy, 2001). La présente recherche exploratoire amène à s'intéresser à des dimensions parallèles à ce souci d'ouvrir l'accès à la domiciliation. Plusieurs recherches démontrent que la stabilisation résidentielle est une clé prioritaire dans la sortie de l'itinérance. L'approche Housing First en fait d'ailleurs sa priorité en soutenant que le logement doit s'accompagner d'un suivi régulier qui s'inscrit dans la durée (Busch-Geertsema, 2013; Latimer et coll., 2014; McAll et coll., 2013). Il nous semble que ce suivi gagne à prendre cependant en compte la question de la mobilité. Par exemple, plusieurs personnes rencontrées dans les ressources en hébergement ont exprimé leur besoin d'un lieu de répit, d'un espace où elles ont la possibilité de rester quelques jours pour reprendre des forces, de manger correctement, de faire des économies, d'être entendues, de prendre des décisions en dehors d'un contexte de survie et d'urgence.

L'expérience des personnes rencontrées dans le centre d'hébergement suscite aussi une réflexion autour du potentiel de mobilité dont dispose une personne. Alors que du point de vue des personnes, le déplacement fait office de stratégie pour améliorer leur situation de vie et que la mobilité semble de plus en plus constituer un « passage obligé pour l'insertion sociale » (Le Breton, 2005), la capacité à se dépla-

cer et à concrétiser leur projet d'insertion est variable selon leur situation. Celles-ci déménagent dans des contextes de rupture conjugale, de perte d'emploi, de consommation, d'expulsion de certaines ressources, d'incarcération et de perte de logement. Arrivant dans un nouveau milieu de vie avec l'espoir de stabiliser ou d'améliorer leur situation de vie, les projets d'insertion se heurtent à plusieurs défis. Plusieurs vivent par exemple dans des formules précaires de logement, notamment en colocation avec une connaissance, lesquelles se soldent souvent par un conflit.

Les résultats de notre recherche suggèrent que cette mobilité a une forte composante relationnelle, qu'elle s'exprime par les liens familiaux et amicaux, les relations affinitaires développées au sein d'une ressource ou la nécessité de s'éloigner de relations de violence. Elle s'inscrit aussi dans la construction de l'identité des personnes. En prenant pour objet le rapport aux lieux et à la mobilité, nous voyons que les déplacements ne sont pas aléatoires et que le domicile prend un sens en regard des relations sociales antérieures, actuelles ou projetées. Non seulement faut-il entendre la voix de ces personnes, mais faut-il aussi les voir dans leurs trajectoires diversifiées non réductibles à de quelconques stéréotypes. Les publications issues de la recherche sont aussi une façon de les faire exister. Curieusement, plus on fait entendre ces voix, plus on constate que le réseau institutionnel semble en décalage avec cette expérience vécue, en étant un peu figé et figé.

Opportunité

Soutenir la capacité de certaines personnes à se déplacer demande donc de faire un pas de

«Se dégagent même des entretiens une certaine résistance et un malaise face aux gens qui ont une mobilité importante, amenant une fréquentation récurrente dans les ressources. La mobilité n'est-elle pas parfois jugée trop négativement lorsqu'on la réduit à l'instabilité ?»

RETOURS

« cette mobilité porteuse de projets peut être comprise non pas comme un échec, mais comme une opportunité à saisir pour l'intervention »

côté pour penser autrement l'organisation et la coordination des services. Il s'agirait de développer une perspective globale sur l'itinérance, permettant de saisir que bien que l'enjeu soit local, pour les personnes, il s'inscrit souvent sur une échelle plus large, impliquant une diversité de mouvement sur le territoire, à l'échelle de divers espaces relationnels. Globalement, cette mobilité porteuse de projets peut être comprise non pas comme un échec, mais comme une opportunité à saisir pour l'intervention. Car, comme l'évoque le directeur d'une ressource d'hébergement d'urgence, « ce qui motive les déplacements, ce n'est pas tant le besoin de bouger, que le besoin de répondre à ses besoins en bougeant. »

Notes

1. Le rapport de recherche complet *Mobilité et précarité résidentielle en région* est disponible gratuitement sur le site web du CREMIS.
2. Le nom de la ville régionale est gardé anonyme dans le rapport de recherche et dans les publications qui en découlent.
3. L'étude s'est appuyée sur une méthodologie mixte, combinant données statistiques et entrevues qualitatives auprès de ces deux groupes d'acteurs. Au total, 73 questionnaires ont été remplis par les usagers de la ressource d'hébergement d'urgence de la ville régionale, donnant lieu à un portrait d'ensemble du parcours géographique et des motifs des déplacements intervilles et interrégions des personnes. Quatorze entrevues ont ensuite été réalisées auprès d'hommes fréquentant la ressource. Ces entrevues ont permis d'explorer les façons dont les personnes se déplacent, en documentant leur expérience de la précarité résidentielle et de la mobilité, ainsi que le rapport aux différents lieux habités au fil des ans. Onze autres entrevues ont été menées auprès d'intervenants et de gestionnaires de ressources communautaires et publiques par lesquelles transitent des personnes en situation de précarité résidentielle dans la région de la ville étudiée. Ces acteurs-clés ont permis de dresser un portrait des ressources existantes et d'avancer la réflexion sur les manières de répondre aux personnes ayant des trajectoires de mobilité géographique.
4. Nous avons rencontré en entrevue quatorze hommes. Aucune femme fréquentant la ressource d'hébergement mixte n'a accepté de participer à l'étude. Les quatorze hommes qui fréquentent la ressource d'hébergement sont âgés de 22 à 65 ans. Ils résident dans la ville régionale où nous les rencontrons depuis plus ou moins longtemps, à savoir entre quelques jours et 21 années. Parmi les 14 hommes rencontrés, deux sont nés dans des villes avoisinantes à la ressource, les autres étant originaires de différentes régions au Québec et d'Ontario. Ils ont vécu dans des villes et villages situés dans un rayon de 100 km de la ville régionale avant de faire l'expérience de la précarité résidentielle, pendant leur enfance ou à l'âge adulte.
5. Ces deux organismes accompagnant la migration interurbaine sont le *Service aux migrants*, du CSSS

Jeanne-Mance, et *Premier arrêt*, faisant partie intégrante du YMCA de Montréal. Le *Service aux migrants* a pour mission « d'aider le migrant à intégrer ou réintégrer un milieu de vie favorable à sa stabilisation et à sa réinsertion sociale » (*Service aux migrants*, 2010), à travers des interventions accompagnant l'installation de la personne ou son rapatriement dans un autre milieu de vie. *Premier arrêt* offre « des services d'accueil et d'orientation de première ligne auprès des gens vulnérables et sans ressource à leur arrivée au centre-ville ». L'organisme offre également un « service de rapatriement afin de permettre aux personnes en difficulté de retourner dans leur milieu d'origine ou de s'établir dans un milieu plus propice à leur réinsertion » (*Premier arrêt*, 2013 : 2).

6. Ces acteurs avaient tous été identifiés dans les questionnaires et les entrevues avec les usagers comme ayant joué un rôle significatif dans leur parcours de déplacement.

7. Celles-ci se voient souvent réserver l'étiquette d'« itinérant », terme sinon peu utilisé dans la région étudiée.

8. Sauf dans le cas de deux organismes, soit un centre de réadaptation en dépendance et un centre d'hébergement pour femmes victimes de violence. Afin de maintenir le lien avec les personnes qui quittent le milieu où se trouvent les ressources, celles-ci ont développé des points de services locaux dans de petites municipalités dispersées dans la région.

Références

- Busch-Geertsema, V. (2013). *Housing First Europe. Final Report*. Bremen/Brussels. European Union Programme for Employment and Social Solidarity.
- Canzler, W., V. Kaufmann, et S. Kesselring (2008), « Tracing Mobility: An Introduction » in W. Canzler, V. Kaufmann, V. et S. Kesselring, S. (dir), *Tracing Mobilities: Towards a Cosmopolitan Perspective* (Aldershot : Ashgate).
- Dorvil, H. et S. B. Guèvremont. (2013) *Le logement comme facteur d'intégration sociale pour les personnes itinérantes aux prises avec des problèmes de santé mentale participant au projet Chez soi à Montréal*. Montréal : Rapport de recherche présenté à la Commission de la santé mentale du Canada.
- Kaufmann, J-C. (2004.) *L'invention de soi. Une théorie de l'identité*. Paris : Armand Colin.
- Laberge, D. et S. Roy (2001). « Pour être, il faut être quelque part : la domiciliation comme condition d'accès à l'espace public », *Sociologie et sociétés*, 2, 33 : 115-131.
- Latimer, E., D. Rabouin, C. Méthot, C. McAll, A. Ly, H. Dorvil, A. Crocker, L. Roy, D. Poremski, J-P Bonin, M-J Fleury et E. Braithwaite (2014). *Projet Chez Soi – Rapport final du site de Montréal*. Calgary, Alberta : Commission de la santé mentale du Canada.
- Le Breton, E. (2005). *Bouger pour s'en sortir. Mobilité quotidienne et intégration sociale*. Ed. Armand Colin.
- McAll, C., M. Gutiérrez, P-L Lupien, A. Fleury, A. Robert et A. Rode (2013) *Le sentiment d'exister : l'impact du projet Chez soi à Montréal après 18 mois, du point de vue des participants*. CREMIS. Disponible à www.cremis.ca
- Ohnmacht, T., H. Maksin et M. M. Bergman (2009) *Mobilities and Inequality*. Ashgate Publishing.



CC0/flickr/CreativeCommons

RETOURS

*Discussion avec les milieux d'intervention :
Faire des pas de plus*

Suite à cette recherche exploratoire, des acteurs œuvrant dans deux villes régionales du Québec dotées d'une table de concertation en itinérance ont été rencontrés afin de faire des pas de plus dans la compréhension de la mobilité des personnes en situation de précarité résidentielle et d'outiller les intervenants. Dans les deux régions, environ la moitié des personnes qui fréquentent l'hébergement d'urgence serait en transition. Quelques questions ont émergé des échanges et viennent enrichir le projet de recherche :

Sur la mobilité comme espace de dialogue : il y a une richesse d'expériences et une richesse de relations possibles autour du sujet. Comment intégrer la dimension « mobilité » dans la discussion d'intervention ? Comment penser une intervention qui accueille la mobilité comme une forme de proactivité et de pouvoir d'agir sur sa vie, le cas échéant ?

Sur la capacité à se déplacer : Y a-t-il lieu de renforcer la capacité des personnes à se déplacer ? Doit-on penser l'accompagnement jusque-là ? Est-ce que la responsabilité de l'intervention va jusqu'à accompagner la mobilité afin de favoriser une capacité à se déplacer et contrer la mobilité précaire ? Est-ce qu'accompagner les projets de déplacement permet de maintenir le lien avec les personnes ? La mobilité ne se réduisant pas nécessairement à l'instabilité, faudrait-il penser différentes stratégies d'intervention pour accompagner les aspirations

des personnes, qu'elles se déclinent en termes d'installation ou de transition ? Est-il possible d'envisager d'instaurer un dialogue avec la personne qui ne se sent pas « à sa place » ? Sur cette base-là, en arriver à une complicité avec la personne telle qu'on lui dirait : « ce n'est pas ta place ici, mais on va essayer de la trouver ensemble... »

Sur le lien entre les organismes et entre les régions : l'organisation des ressources a un impact sur la mobilité des personnes : comment penser la collaboration entre organismes et amener le travail d'accompagnement des personnes jusqu'à faire le lien entre organismes et entre régions ? Les organismes ont besoin des autres organismes pour répondre à leurs besoins (de desservir la population). Jusqu'où va la responsabilité de l'intervenant ? Comment se faire confiance entre organismes dans le cadre de ces références ?

Sur l'intervention auprès des gens en transit : Comment donner du sens à l'intervention auprès de gens qui sont de passage ? Qu'est-ce qu'une intervention réussie auprès de gens qui sont en transit ou dans une mobilité récurrente ? Comment accueillir et accompagner les personnes qui sont de passage, en transition par la ressource ? Comment aborder les parcours d'instabilité chronique ? Du point de vue de l'intervention, il y a là un grand défi à construire un lien avec les personnes qui sont de passage.

Portrait des femmes en situation d'itinérance

De multiples visages

RETOURS

« Le gros problème avec l'itinérance, c'est qu'on pense toujours que ça va arriver aux autres, mais pas à nous. Pis, quand on se retrouve là-dedans, on voudrait s'en sortir parce qu'on est intelligente quand même. (...) Comment tu fais un moment donné quand tu virailles? Comment tu fais pour trouver la solution? Tu t'en vas chez un twit qui te maltraite, qui te fait tous les temps, pour avoir une adresse. Esti que tu ne vaux pas cher». Amélie (RAIQ et al., 2008)

Texte collectif¹

Lucie Géliveau

Sophier Dupéré

Christiane
Bergeron-Leclerc

Michèle Clément

Estelle Carde

Marie-Hélène Morin

Pierre-André
Tremblay

Nathalie Brisseau

Que savons-nous sur l'itinérance des femmes, plus particulièrement les motifs de leur entrée dans la rue, leurs conditions de (sur)vie ainsi que les interventions sociales qui les concernent? Dans le cadre d'une revue préliminaire de la littérature scientifique ainsi que de documents produits par des milieux de pratique et des tables de concertation (2005-2015), nous avons recensé une centaine d'écrits. De ceux-ci, nous en avons retenu près de trente qui portent sur une compréhension d'ensemble du phénomène de l'itinérance au féminin. L'objectif était d'identifier les éléments qui gagneraient, dans le cadre de la recherche, à être précisés ou confirmés, ainsi que les zones d'ombre à documenter et explorer. Ce sont les constats tirés de cet exercice que nous souhaitons présenter ici, à la fois pour éclairer de futurs travaux de recherche, mais aussi pour réaffirmer des voies d'intervention. Mais avant tout, balisons cet échange en précisant ce que nous entendons par itinérance.

Une définition

La définition de l'itinérance a gagné ces dernières années en complexité, donnant peu à peu une visibilité à des expériences longtemps demeurées dans l'ombre (Fournier et al., 2015). Dans ce texte, elle prend pour pierre d'assise la définition du *Canadian Observatory on Homelessness* (Gaetz et al., 2013, p. 4): «L'itinérance décrit la situation d'un individu ou d'une famille

qui n'a pas de logement stable, permanent et adéquat, ou qui n'a pas de possibilité ou la capacité immédiate de s'en procurer un. C'est le résultat d'obstacles systémiques et sociétaux, d'un manque de logements abordables et adéquats, et/ou de défis financiers, mentaux, cognitifs, de comportement ou physiques qu'éprouve l'individu ou la famille, et de racisme et de discrimination. La plupart des gens ne choisissent pas d'être un sans-abri et l'expérience est généralement négative, stressante et pénible».

Parler d'itinérance, c'est parler de différentes situations de logement (FEANTSA in Sikich, 2008). Les représentations sociales – dont celles des femmes en situation d'itinérance (Cambrini, 2013) et des ressources d'aide – restreignent souvent le sens de l'itinérance à l'unique dimension d'être sans abri ou sans toit (*rooflessness*). Mais être en situation d'itinérance c'est aussi être sans domicile fixe (*homelessness*); vivre dans des lieux « dangereux » (*insecure housing*); vivre dans des lieux inadéquats (*inadequate housing*). Autrement dit, les situations d'itinérance sont « visibles » dans la sphère publique, et cachées, dans la sphère privée.

La prise en compte de l'itinérance invisible et cachée est essentielle à la compréhension des trajectoires d'itinérance au féminin (Bouchard et al., 1988, Novac et al., 2002, Carie et al., 2007, Conseil des Montréalaises, 2008, RAIQ et al., 2008, Sikich, 2008, Bowpitt et al., 2011, *La rue des femmes*, 2011, Christensen, 2012, Gaetz et al., 2013, Gouvernement du Québec, 2014a, Table des groupes de femmes de Montréal, 2015). Bien que présentes dans l'espace public (Bowpitt et al., 2011, Cambrini, 2013), les femmes auraient tendance à camoufler leurs situations d'itinérance pour divers motifs dont des raisons de sécurité, de dignité et de préservation des liens sociaux; elles sont ainsi souvent invisibles (Bouchard et al., 1988, RAIQ et al., 2008, Sikich, 2008, *La rue des femmes*, 2011, Cambrini, 2013, Gaetz et al., 2013). Leur

socialisation, ainsi que les rapports sociaux inégalitaires dans lesquels elles s'inscrivent, les rendraient également plus à risque d'itinérance cachée. Cette tension entre sphères publique (itinérance visible) et privée (itinérance cachée) gagne donc à être prise en compte.

La spirale

L'importance de l'itinérance, particulièrement chez les femmes, est difficile à évaluer. Il existe peu de portraits et ceux-ci présentent des limites méthodologiques importantes. L'expérience du dénombrement montréalais réalisé en 2015 ainsi que les réflexions et pratiques de l'INSEE en France le démontrent. Gaetz et al (2013) proposent un ratio de trois personnes en itinérance cachée pour une personne sans abri. Au Canada, 26,2% de la population dans les refuges mixtes seraient féminine. Le nombre estimé de femmes itinérantes par nuit au Canada pourrait donc avoisiner les 21 000. Rollinson (2007) estime qu'on retrouverait en milieu rural plus de femmes et de familles en situation d'itinérance cachée et plus de premières entrées en itinérance. La rareté des ressources en milieu rural fait en sorte que ce problème demeure méconnu. Au final, plusieurs s'entendent pour dire que le nombre de femmes en situation d'itinérance serait sous-estimé et qu'il irait en croissant (Sikich, 2008, *La rue des femmes*, 2011). D'ailleurs, en 2013-2014, on note, sur l'ensemble du territoire du Québec, un taux d'occupation de 103,9% dans les ressources d'hébergement d'urgence réservées aux femmes et un taux de refus et de débordement plus élevé que pour les hommes (Québec, 2014b).

Les visages des femmes en situation d'itinérance sont également multiples : des plus jeunes aux plus âgées, des femmes des Premières Nations à celles issues des minorités ethniques ou de l'immigration, celles qui ont des enfants, ou sont transgenres. Certaines sont sans problématique assez sévère pour les rendre éligibles rapidement à des services, alors que d'autres présentent de multiples problématiques (Gélineau et al., 2006, Sikich, 2008, Bowpitt et al., 2011, *La rue des femmes*, 2011, Cambrini, 2013, Cameron et al., 2015). Les différences spatiales (rural/urbain, Montréal/régions éloignées) sont aussi apparentes. Il nous semble donc important pour l'intervention et pour le développement des politiques de mieux comprendre ces réalités sous l'angle des rapports sociaux inégalitaires et celui de leurs interactions.



CC0/flickr/CreativeCommons

RETOURS

RETOURS

Si plusieurs s'arrêtent sur des problématiques spécifiques, plus rares sont les auteurs qui abordent la problématique large de l'itinérance au féminin, notamment au Québec. Dans la littérature, les parcours d'itinérance sont liés à l'impact cumulatif de facteurs/stresseurs complexes et interreliés (RAIIQ *et al.*, 2008, Finfgeld-Connett, 2010, Gaetz *et al.*, 2013, Cameron *et al.*, 2015) ainsi qu'aux stratégies de survie et de débrouillardise qui mènent à l'itinérance et résultent de cette dernière (Finfgeld-Connett, 2010, Cambrini, 2013, Gaetz *et al.*, 2013, Comes in Cameron *et al.*, 2015). Le stress généré, l'impuissance et la baisse d'estime de soi font pression sur la santé mentale et physique ainsi que sur l'apparition et la complexification de problèmes de consommation, de jeu pathologique et de santé (Tisler, Williamson in Conseil des Montréalaises, 2008, *La rue des femmes*, 2011, Cameron *et al.*, 2015). Certains représentent ce mouvement de complexification et d'interaction des facteurs par l'image d'une spirale descendante (RAIIQ *et al.*, 2008, Combs, 2012). Bien que ce mouvement ne soit pas spécifique aux femmes, la spirale descendante peut durer plus longtemps dans leur cas avant le passage au sans-abrisme (Conseil des Montréalaises, 2008, Finfgeld-Connett, 2010).

L'interaction des facteurs/stresseurs, ainsi que la spirale descendante sont donc à prendre en compte dans l'intervention.

L'expérience de l'itinérance est fondamentalement « genrée ». Bien que l'itinérance masculine et féminine partagent des caractéristiques et des risques communs (Bowpitt *et al.*, 2011), la lecture de ces caractéristiques et des motifs sous-jacents prend son sens par l'étude des rapports sociaux de sexe et d'autres rapports inégalitaires.

L'arrivée dans des situations d'itinérance due à la pauvreté distinguerait les trajectoires des femmes de celles des hommes (Cameron *et al.*, 2015). L'importance de la pauvreté dans les trajectoires d'itinérance au féminin est mise en relief par plusieurs (Gélineau *et al.*, 2006, Conseil des Montréalaises, 2008, RAIQ *et al.*, 2008, Finfgeld-Connett, 2010, *La rue des femmes*, 2011, Gaetz *et al.*, 2013). Dans les pays industrialisés, les femmes ne dépendent plus des hommes pour leur vie quotidienne, mais bien d'elles-mêmes et de leur accès au marché du travail (Sikich, 2008). Or, ce marché est en défaveur des femmes : leur revenu y est encore inférieur et leurs emplois souvent plus



CC0/flickr/CreativeCommons

précaires, sans compter l'impact de la maternité et de la monoparentalité sur leurs trajectoires d'emploi et de pauvreté (Bouchard *et al.*, 1988, Glasser, 1994, Lenon, 2000). Les secteurs d'emploi féminins seraient également plus touchés par les mesures d'austérité. Elles seraient plus fragiles aux changements apportés aux programmes sociaux liés au soutien du revenu (Conseil des Montréalaises, 2008, Cameron *et al.*, 2015). Les jeunes femmes, les femmes âgées sans enfants et les femmes immigrantes seraient plus vulnérables à ces «trous» dans les filets de sécurité sociale (Sikich, 2008, *La rue des femmes*, 2011).

La violence – domestique, sexuelle, ou faisant partie de l'abus ou de la négligence à l'enfance – est aussi étroitement associée à la spirale de l'itinérance au féminin (Lenon, 2000, Gélinau *et al.*, 2006, Conseil des Montréalaises, 2008, RAIQ *et al.*, 2008, Finfgeld-Connett, 2010, Bowpitt *et al.*, 2011, Gaetz *et al.*, 2013, Cameron *et al.*, 2015). Pour certains, elle est le problème majeur auquel les femmes en situation d'itinérance sont confrontées, davantage que les problèmes de santé mentale ou de toxicomanie, même si elle peut y être intimement liée (Novac *et al.*, 2002, RAIQ *et al.*, 2008). La violence s'exprime différemment selon les rapports sociaux inégalitaires (Sikich, 2008, *La rue des femmes*, 2011). L'entrée en itinérance, dont le recours aux refuges mixtes, rend les femmes vulnérables à de nouveaux abus et à l'exploitation sexuelle (Lenon, 2000, *La rue des femmes*, 2011, Gaetz *et al.*, 2013, Cameron *et al.*, 2015). Plusieurs stratégies de survie concourent à cette vulnérabilité, notamment le recours au «sexe de survie» et des comportements d'attachement mal adaptés (Finfgeld-Connett, 2010). De même, si les hommes recourent davantage aux activités criminelles, les femmes se retournent davantage vers la prostitution, à la fois comme source de revenu, mais aussi comme référent identitaire (Bowpitt *et al.*, 2011, *La rue des femmes*, 2011, Cameron *et al.*, 2015).

La maternité est aussi source de souffrance générée par la crainte de perdre la garde des enfants, par la crainte de la prise en charge de ces derniers par la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ), ainsi que par l'espoir soutenu de retisser des liens avec eux. Si la maternité peut se révéler une clef pour prendre soin de soi, elle peut aussi contribuer à l'aggravation de leur état (Conseil des Montréalaises, 2008, RAIQ *et al.*, 2008, Finfgeld-Connett, 2010, Cameron *et al.*, 2015).

Le rôle de proche-aidante assumé par certaines femmes, bien que moins mis en lumière dans les travaux recensés, demeure source de fragilisation et, dans certains cas, une porte d'entrée vers l'itinérance (RAIQ *et al.*, 2008). Exercer ce rôle peut impliquer déménagement, amenuisement du réseau social, violence psychologique et réduction, parfois drastique, des revenus. Or les femmes, notamment par leur socialisation, sont appelées à devenir l'ultime filet de sécurité sociale en matière de santé et services sociaux avec le démantèlement des politiques sociales en contexte néolibéral.

D'autres facteurs sont à prendre en compte : les problèmes de santé mentale (Dubreucq, 2008, RAIQ *et al.*, 2008, Finfgeld-Connett, 2010, *La rue des femmes*, 2011, Fournier *et al.*, 2013, Gaetz *et al.*, 2013, Cameron *et al.*, 2015), les sorties des institutions – DPJ, hôpitaux, prisons (RAIQ *et al.*, 2008, *La rue des femmes*, 2011, Gaetz *et al.*, 2013, Cameron *et al.*, 2015), l'accès difficile à un logement ou la perte de ce dernier (RAIQ *et al.*, 2008, Bowpitt *et al.*, 2011, Gaetz *et al.*, 2013, FRAPRU, 2015), la toxicomanie (RAIQ *et al.*, 2008, Finfgeld-Connett, 2010, Gaetz *et al.*, 2013, Cameron *et al.*, 2015), le jeu pathologique (RAIQ *et al.*, 2008), la culture d'errance (RAIQ *et al.*, 2008) et les pertes et traumatismes vécus pendant l'enfance (RAIQ *et al.*, 2008, Bowpitt *et al.*, 2011, Cameron *et al.*, 2015). Beaucoup reste néanmoins à faire pour mieux comprendre les caractéristiques de l'itinérance au féminin au Québec, notamment dans une perspective intersectionnelle, c'est-à-dire, en tenant compte, dans la vie des femmes, de la conjugaison des divers rapports sociaux inégalitaires.

Les services

Dans la littérature consultée, la sortie de la spirale de l'itinérance est, elle aussi, conforme à l'image de cette spirale : elle est tout sauf un parcours en ligne droite. Elle peut être marquée par des pas en avant suivis de pas en arrière, les femmes recourant à une diversité de services à différentes occasions pour répondre à leurs besoins immédiats ou de réaffiliation (Finfgeld-Connett, 2010, Cameron *et al.*, 2015).

Les thématiques abordées liées aux ressources et services, tenant compte des caractéristiques de l'itinérance au féminin, sont multiples. Parmi celles-ci nous retrouvons la difficulté d'accès, la difficulté de rejoindre les femmes, le problème de la rétention dans le réseau de services sociaux et de santé, la nature des services offerts, les pratiques préconisées, et la transformation

RETOURS

«La violence – domestique, sexuelle, ou faisant partie de l'abus ou de la négligence à l'enfance – est aussi étroitement associée à la spirale de l'itinérance au féminin.»

« Le fait de devoir révéler son histoire, comme condition à l'utilisation de certains services, est aussi relevé comme frein à la fréquentation des ressources »

des services en contexte d'austérité.

En ce qui concerne la difficulté d'accès aux services et ressources, plusieurs nomment la difficulté pour les femmes d'obtenir du soutien et des soins professionnels, compte tenu de l'absence, de la rareté ou de l'éloignement des ressources. Ce constat serait particulièrement criant pour les ressources en santé mentale ou pour celles s'adressant aux femmes avec des enfants. Le sous-financement de ces ressources et les contraintes imposées à l'offre de services qui en découlent sont aussi mis en lumière. Le nonaccès lié aux refus en raison des critères d'admission ou d'expulsion est aussi, pour certaines femmes, problématique (Gélineau *et al.*, 2006, RAIQ *et al.*, 2008, Finfgeld-Connett, 2010, *La rue des femmes*, 2011, Fournier *et al.*, 2013, P.a.s. de la rue *et al.*, 2013, Cameron *et al.*, 2015, Table des groupes de femmes de Montréal, 2015).

Les ressources existantes peuvent aussi avoir de la difficulté à rejoindre les femmes en situation d'itinérance (Novac *et al.*, 2002, Conseil des Montréalaises, 2008, Gélineau *et al.*, 2008, RAIQ *et al.*, 2008, Fournier *et al.*, 2013, Gaetz *et al.*, 2013, P.a.s. de la rue *et al.*, 2013, Cameron *et al.*, 2015, Table des groupes de femmes de Montréal, 2015). Plusieurs relèvent le défi d'identifier les femmes en situation d'itinérance, ou encore de faire en sorte que ces dernières se reconnaissent dans cette situation sans se sentir « imposteures » – c'est-à-dire prenant la place d'une personne qui aurait davantage de besoins qu'elles.

Le rapport aux ressources en raison de la représentation qu'en ont les femmes est aussi mis en lumière. Deux enjeux particuliers ressortent : comment rejoindre les mères qui ont peur des services par crainte d'être « rapportées » auprès du système de protection de l'enfance et celui, concomitant, de panser le rapport aux services officiels, pour celles qui ont elles-mêmes vécu une histoire de prise en charge dans leur enfance. Le fait de devoir révéler son histoire, comme condition à l'utilisation de certains services, est aussi relevé comme frein à la fréquentation des ressources, ou encore de devoir démontrer son engagement et sa volonté de s'en sortir. Des enjeux logistiques sont aussi identifiés, notamment la difficile coordination des rendez-vous, compte tenu des horaires des différents services et des distances à parcourir entre les ressources.

Il y a aussi le problème de la rétention des femmes dans les ressources et programmes

(RAIQ *et al.*, 2008, Bowpitt *et al.*, 2011, *La rue des femmes*, 2011). Les femmes quitteraient prématurément les ressources notamment en raison d'une structure rigide de services, faisant en sorte que certaines n'y trouvent pas leur place. La non-rétention peut aussi être attribuable aux contraintes liées à la cohabitation de femmes présentant des visages diversifiés dans les ressources non mixtes et en raison de la cohabitation des hommes et des femmes dans des ressources mixtes. On souligne la nécessité de préserver et de nourrir le lien de confiance dans l'intervention et les défis qui y sont associés.

D'autres relèvent le manque d'adéquation perçu entre les services offerts et les besoins des femmes (Sikich, 2008, *La rue des femmes*, 2011, Cameron *et al.*, 2015). On note l'importance et l'intérêt de tenir compte du genre dans les façons de penser et de maintenir les services ainsi que d'offrir des lieux de non-mixité en matière d'intervention. La fragmentation de l'offre de services sur la base de problématiques et leur difficile arrimage, notamment entre celles dédiées à l'itinérance et celles du réseau des femmes, posent également problème. Enfin, le manque de coordination ou de cohérence dans les divers plans d'intervention préconisés par chacune des ressources est également soulevé.

Les pratiques d'intervention préconisées auprès des femmes en situation d'itinérance dans la littérature sont surtout celles qui permettent la reconstruction de soi, la transformation de son rapport aux autres et au monde, ainsi que la participation au changement social (RAIQ *et al.*, 2008, *La rue des femmes*, 2011, Cambrini, 2013, Combs, 2012, P.A.S. de la rue *et al.*, 2013, Finfgeld-Connett, 2010, Table des groupes de femmes de Montréal, 2015). Les sessions de groupe structurées favorisant l'empowerment auraient, selon certains essais cliniques, le plus de portée. Il en irait de même pour la mise en place de communautés thérapeutiques, ainsi que pour la défense de droits. Sont aussi préconisés l'accompagnement dans la communauté, le développement de logements sociaux ou privés avec soutien communautaire, la non-mixité et le travail de liaison (RAIQ *et al.*, 2008, *La rue des femmes*, 2011, Table des groupes de femmes de Montréal, 2015, Conseil des Montréalaises, 2008, Gaetz *et al.*, 2013, Speirs *et al.*, 2013). La concordance entre les interventions prônées et les causes et facteurs identifiés en début de cet article est, de prime abord, peu explicite chez ces auteurs. Nous y retrouvons, par ailleurs, une

nette prépondérance de pratiques visant la personne, comme si l'itinérance était perçue comme un problème dont la solution serait avant tout personnelle et non structurelle.

Enfin, l'exemple de la Grande Bretagne suggère que les politiques d'austérité et les transformations délétères des services d'aide qui en découlent viendraient précariser la situation des femmes en situation d'itinérance (Harrison in Bowpitt *et al.*, 2011, Cameron *et al.*, 2015). Ces transformations prennent la forme d'une fragmentation des services et de fermeture de ressources. Elles peuvent aussi donner lieu à la «consolidation» de ces dernières en développant une offre de services s'adressant à la fois aux hommes et aux femmes, tout en contribuant à la diminution des services professionnels, au passage de l'«intervention» vers l'«évaluation» et à la transformation des discours dominants qui mettent l'accent davantage sur la résilience que sur la vulnérabilité.

Responsabilité collective

Nous retenons de cette exploration des écrits que pour bien comprendre l'itinérance des

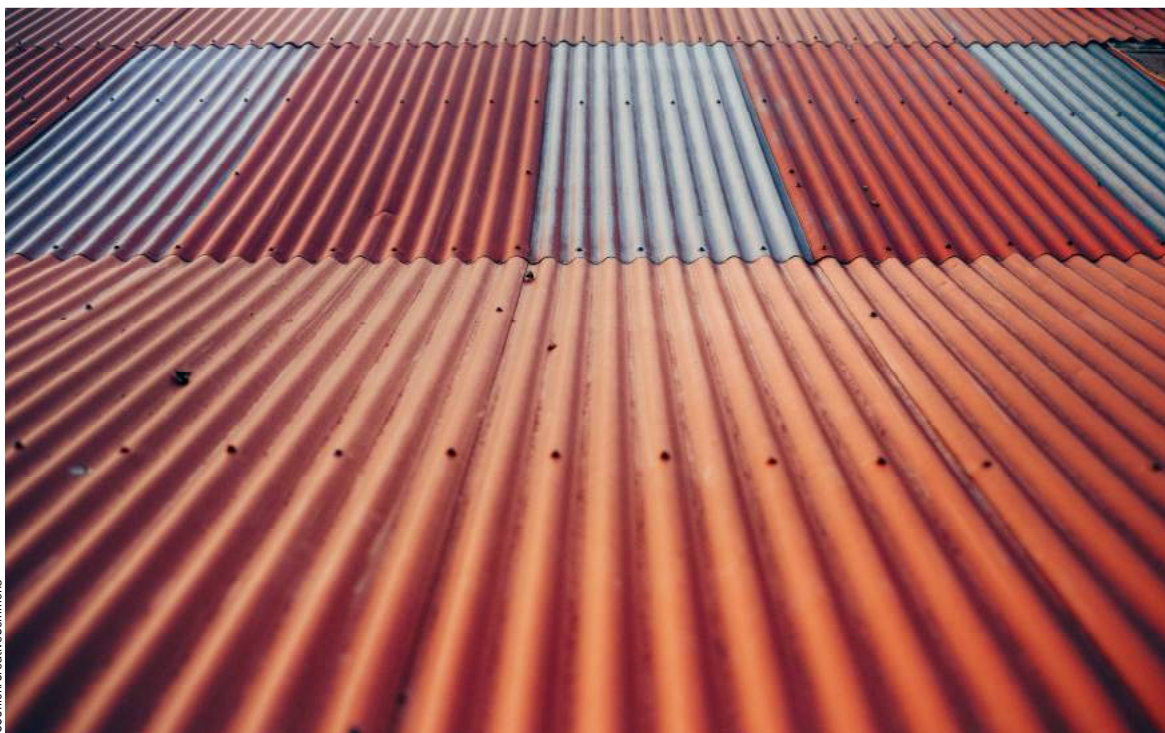
femmes, on ne peut faire abstraction de ses dimensions visibles et cachées. Il faut la voir essentiellement comme une expérience «genrée», où la pauvreté, la violence, la maternité, la *proche-aidance*, au-delà des problématiques de dépendance et de santé mentale, jouent un rôle central. Elle ne présente pas un seul visage et il apparaît incontournable de tenir compte des rapports sociaux inégalitaires liés notamment à l'origine, aux conditions socio-économiques, au handicap et au genre. Enfin, tous ces facteurs interagissent entre eux, entraînant un mouvement de complexification s'apparentant à une spirale descendante.

L'accès aux services, notamment ceux s'adressant spécifiquement aux femmes en situation d'itinérance, est difficile. Lorsque les services sont présents, il y a toujours l'enjeu de rejoindre les femmes et de faire en sorte qu'elles se reconnaissent dans l'offre de services et s'y sentent en confiance. Il y a intérêt à développer, maintenir et coordonner les services non mixtes s'adressant spécifiquement aux femmes. Or ceux-ci s'avèrent à risque en temps d'austérité et de montée des discours néolibéraux mettant plus que jamais l'accent



sur la responsabilité personnelle plutôt que collective.

Il faut donc tenir compte des rapports sociaux inégalitaires dans l'élaboration d'interventions, de politiques, de plans d'action ou de travaux de recherche, en portant une attention particulière aux dimensions structurelles et non uniquement personnelles des trajectoires de ces femmes. Il ne s'agit pas de percevoir l'itinérance au féminin comme essentiellement un problème individuel demandant des interventions individuelles, mais comme un problème social requérant des interventions collectives. Il faut également prendre en compte la parole et l'expérience des femmes en situation d'itinérance, ainsi que leurs propres analyses de leur situation, des politiques ou des services les concernant. Cette prise en compte est rarement faite dans les écrits consultés. À cette fin il faut créer les espaces où savoirs pratiques, d'expérience et académiques peuvent être croisés, afin de mieux comprendre et ainsi mieux soutenir les femmes en situation d'itinérance, voire prévenir l'itinérance au féminin.



CC0/flickr/CreativeCommons

Notes

1. Lucie Gélinau, professeure, Université du Québec à Rimouski ; Sophie Dupéré, professeure, Sciences infirmières, Université Laval, membre du CREMIS ; Christiane Bergeron-Leclerc, professeure, Sciences humaines, Université du Québec à Chicoutimi ; Michèle Clément, chercheure, CSSS de la Vieille Capitale (CIUSSS de la Capitale nationale) ; Estelle Carde, professeure, Sociologie, Université de Montréal, membre du CREMIS ; Marie-Hélène Morin, professeure, travail social, Université du Québec à Rimouski ; Pierre-André Tremblay, professeur, Sciences humaines, Université du Québec à Chicoutimi ; Nathalie Brisseau, coordonnatrice RAIQ, Marie-Claude Morency-Carrier, Université du Québec à Rimouski.

Références

- Bouchard, Édith, Brenda White et Susanne Fontaine (1988), *Les femmes itinérantes : une réalité méconnue : description de situation : perspectives d'action*, Conseil du statut de la femme, Montréal.
- Bowpitt, Graham, Peter Dwyer, Eva Sundin et Mark Weinstein (2011), «Comparing Men's and Women's Experiences of Multiple Exclusion Homelessness», *Social Policy and Society* 10(4), p. 537-546.
- Cambrini, Édith (2013). *Le sens donné par des femmes vivant une situation d'itinérance à leurs expériences d'espaces significatifs pour elles*, Mémoire de maîtrise, Université du Québec à Montréal.
- Cameron, Ailsa, Hilary Abrahams, Karen Morgan, Emma Williamson et Lorna Henry (2015) «From pillar to post: Homeless women's experiences of social care.» *Health and Social Care in the Community*, 24(1).
- Carie, Paul et Lalie BéLanger-Dion (2007). «L'instabilité résidentielle et l'itinérance en région. Le cas du nord des Laurentides », in Shirley Roy et Rock Hurtubise, *L'itinérance en questions*, Québec, Presses de l'Université du Québec, p. 311-332.
- Christensen, Julia (2012), «They want a different life: Rural northern settlement dynamics and pathways to homelessness in Yellowknife and Inuvik, Northwest Territories», *Canadian Geographer* 56(4), p. 419-438.
- Combs, Brenda R. (2012). *A Study of Success Factors and Strategies that Enabled Women to Overcome Homelessness*. Thèse de doctorat, Grand Canyon University.
- Conseil des Montréalaises (2008), *Un toit pour toutes*, Montréal.
- Dubreucq, Jean-Luc (2008) «Santé mentale des sans-abri : faut-il intervenir davantage ?» *Psychiatrie et violence*, 8(1).
- Finfgeld-Connett, D. (2010), «Becoming homeless, being homeless, and resolving homelessness among women», *Issues in Mental Health Nursing* 31(7), p. 461-469.
- Fournier, Aude, Christopher McAll, Roch Hurtubise et Marie-Claude Rose (2013), «Pauvreté en région et migrations rural-urbain : déracinements», *Revue du CREMIS* 6(1).
- Fournier, Aude, Marie-Claude Rose, Rock Hurtubise et Christopher McAll (2015), *Mieux comprendre l'itinérance en région: Précarité résidentielle et mobilité interurbaine* (www.cremis.ca).
- FRAPRU (2015). *Femmes, logement et pauvreté*. Montréal.
- Gaetz, Stephen, Jesse Donaldson, Tim Richter et Tanya Gulliver (2013), *État de l'itinérance au Canada 2013*, Canadian Homelessness Research Network.
- Gélineau, Lucie, Myriam Loudahi, Fanny Bourgeois, Nathalie Brisseau, Rozenn Potin et Lagi Zoundi (2006), «Le droit à sa place», *Recherches féministes* 19(2), p. 125-141.
- Gélineau, Lucie, Myriam Loudahi, Fanny Bourgeois, Nathalie Brisseau, Rozenn Potin et Lagi Zoundi (2008). «Vaillantes qui comme Ulysse entreprennent un long voyage... Réflexions sur le rapport aux services de proximité de femmes en situation d'itinérance», in Éric Gagnon, Yolande Pelchat et Roberson Édouard, *Politiques d'intégration, rapports d'exclusion. Action publique et justice sociale*, Québec, Presses de l'Université Laval, p. 237-249.
- Glasser, Irene (1994), *Homelessness in Global Perspective*, New York, G.K. Hall.
- La Rue Des Femmes (2011), *État de situation de l'itinérance des femmes à Montréal en 2011 : Les différents visages de l'itinérance au féminin*, Montréal.
- Lenon, Suzanne (2000). *Living on the edge : women and homelessness in Canada*. National Anti-Poverty Organization, Ottawa.
- Novac, Sylvia, Luba Serge, Margaret Eberle et Joyce Brown (2002), *Où se tourner? La situation des jeunes femmes sans abri au Canada*, Gouvernement du Canada, Condition féminine Canada, Ottawa.
- P.A.S. de La Rue et Lucie Gélineau (2013), *Vieillir dans la rue*, Montréal.
- Québec (2014a), *L'itinérance au Québec. Premier portrait*. Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Québec, (2014b), *Ensemble, pour éviter la rue et en sortir. Politique nationale de lutte à l'itinérance*, Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- RAIIQ, RGFO3, Lucie Gélineau et al (2008), *La spirale de l'itinérance au féminin : pour une meilleure compréhension des conditions de vie des femmes en situation d'itinérance de la région de Québec*, <http://www.csssdc.qc.ca/telechargement.php?id=432>
- Rollinson, Paul (2007), «A Rural Problem Too», *Planning* 73(6), p. 20-23.
- Sikich, Keri Weber (2008), «Global Female Homelessness: A Multi-Faceted Problem», *Gender Issues* 25(3), p. 147-156.
- Speirs, Vivienne, Maree Johnson et Sansnee Jirojwong (2013), «A systematic review of interventions for homeless women», *Journal of Clinical Nursing* 22(7/8), p. 1080-1093.
- Table des Groupes de femmes de Montréal (2015), *L'itinérance des femmes, vers un meilleur partage des connaissances et des pratiques*. www.tgfm.org/files/itinérance-des-femmes-2015.pdf

Les midis du **CREMIS**

Seules devant la justice

Les classes populaires au tribunal

Emmanuelle Bernheim

vendredi 4 mars 2016, 12h00 à 13h30
au CREMIS, 66 Sainte-Catherine Est, salle 603,
métro Saint-Laurent