

L'enfance encerclée

**Aider sans nuire ?
Le glissement
Pauvreté et « protection »
Un chaos créateur**

Automne 2009

Vol. 2 No. 4

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 du Centre Affilié Universitaire - Centre de Santé et de Services Sociaux Jeanne-Mance, affilié à l'Université de Montréal et à l'Université du Québec à Montréal.
1250, rue Sanguinet
Montréal, Québec
H2X 3E7

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

Équipe de production pour ce numéro :

Valérie Besner, Aude Fournier, Baptiste Godrie et Christopher McAll
Pour des commentaires, questions ou suggestions, ou pour vous inscrire sur notre liste de diffusion et recevoir la version PDF de cette revue, n'hésitez pas à communiquer avec nous :
revueducremis@gmail.com

Vous pouvez télécharger gratuitement cette revue à l'adresse web suivante :
www.cremis.ca

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

Photo de la page couverture par Voidx, 2003. *Certains droits réservés* ©

Centre de santé et de services sociaux
Jeanne-Mance

Centre affilié universitaire

Université 
de Montréal

UQÀM



BRIEL, 2009. Certains droits réservés ©

Inégalités sociales
Discriminations
Pratiques alternatives de citoyenneté

L'enfance encerclée

Pour l'enfance qui dérange, il y a la surmédicalisation, avec des conséquences inconnues...

sans mentionner la remise en question des comportements parentaux (lire « des mères ») qui sont censés mettre leurs enfants à « risque ».

Disparaît dans ces stratégies d'intervention l'impact de la pauvreté et des inégalités sociales.

(suite à la page 15)

SOMMAIRE

REGARDS	
Abolir les catégories	4
Respect et résistance	7
DOSSIER	
<i>L'enfance encerclée</i>	15
Aider sans nuire ?	16
Le glissement	21
Pauvreté et « protection »	26
Un chaos créateur	31
PRATIQUES	
Pratiquer la médecine en CLSC	35
DÉMARRAGES	
De la rue au Chez-soi	39
ÉVÉNEMENTS	
Le couloir des discriminations croisées	44



Zevotron, 2007. Certains droits réservés ©

Abolir les catégories « APTÉ » et « INAPTE » à l'aide sociale

Appui de dix médecins du centre affilié universitaire CSSS Jeanne-Mance à la demande du Front commun des personnes assistées sociales du Québec (FCPASQ)

Monsieur Sam Hamad
Ministre de l'Emploi et de la Solidarité sociale

Docteur Yves Bolduc
Ministre de la Santé et des Services sociaux

Messieurs les Ministres,

Le 18 novembre 2009, le Front commun des personnes assistées sociales du Québec a présenté au Ministre de l'Emploi et de la Solidarité sociale une pétition visant à éliminer les catégories « apte » et « inapte » à l'emploi utilisées pour calculer le montant des prestations mensuelles d'aide sociale. Actuellement, une personne seule jugée apte à l'emploi reçoit en prestations d'aide sociale 564 \$/mois. Ce montant peut être augmenté de 120 \$/mois si la personne présente certaines conditions, dont une inaptitude temporaire à l'emploi pour raison médicale. Les personnes ayant des contraintes sévères à l'emploi pour une période prolongée reçoivent quant à elles 858 \$/mois. À des fins de comparaison, mentionnons que Développement et Ressources humaines Canada a calculé qu'en 2007, le revenu mensuel permettant d'assurer le minimum vital d'une personne seule se chiffrait à 1106 \$/mois. Les personnes vivant de prestations d'assurance sociale au Québec sont donc loin de ce minimum



Arminh, 2009. Certains droits réservés ©

même si elles sont jugées inaptes au travail.

C'est aux médecins qu'on a confié la responsabilité de déterminer si une personne est apte ou inapte au travail de façon temporaire ou prolongée. On demande égale-

ment aux médecins de se prononcer sur les limitations fonctionnelles de la personne et sur ses capacités à améliorer son employabilité. Lorsqu'un patient est jugé inapte de façon permanente, son dossier est soumis à un comité qui déterminera en fin de compte si le patient est admissible ou non à recevoir le montant maximal.

Ce système engendre des coûts administratifs importants et place les médecins et les patients dans une position extrêmement inconfor-

REGARDS

Dr. David Barbeau
Membre du CREMIS

Dr. Jeanne Bouisset

Dr. Diane Roger-Achim

Dr. Nathalie Lauzier

Dr. Claude Rajotte

Dr. Paul Pelletier

Dr. Chantal Gervais

Dr. Samuel Harper

Dr. Dominique Hotte

Dr. Isabelle Larocque

Tous sont médecins au CAU-CSSS Jeanne-Mance (CLSC des Faubourgs)

table pour différentes raisons. Les raisons expliquant l'aptitude ou l'inaptitude d'un patient à travailler débordent largement la sphère médicale et ne correspondent pas nécessairement à des diagnostics précis. L'analphabétisme, le décrochage scolaire précoce, la négligence pendant l'enfance, les troubles d'apprentissage, une personnalité difficile, bref, ce genre de conditions qui expliquent bien souvent l'inaptitude à l'emploi ne sont pas des diagnostics reconnus.

Ces demandes colorent négativement la relation patient-médecin. Cela peut engendrer une perception négative du patient chez le médecin ou encore provoquer chez le patient un sentiment de rejet, de colère ou d'injustice en cas de refus.

Ces formulaires devraient être remplis par des médecins qui connaissent bien les personnes qui en font la demande. Près de 25 % des personnes au Québec n'ont pas de médecin de famille (près de 35 % à Montréal). Comme il est difficile d'obtenir un rendez-vous avec un médecin lorsqu'on n'a pas de médecin de famille, la personne qui estime ne pas être en mesure de travailler en raison de sa santé doit souvent s'adresser à un médecin qu'elle ne connaît pas lors d'une consultation sans rendez-vous. Or, procéder à l'évaluation complète d'une telle demande pour en arriver à une réponse juste et éclairée est impossible dans ce contexte. Les formulaires sont donc souvent remplis rapidement sans évaluation approfondie et certains médecins refusent de le faire.

Le temps médical requis pour remplir ces formulaires pourrait être utilisé à autre chose. Dans un contexte de pénurie médicale, il est désolant que des médecins doivent consacrer du temps à ce genre de travail. De plus, cela engendre des coûts pour le système (rémunération des médecins, frais d'administration).

Le formulaire de l'aide sociale demande aux médecins de préciser si un patient est apte à suivre des formations ou des programmes augmentant son employabilité. Or, les médecins n'ont aucune idée des programmes existants ni de leurs exigences. On peut également se questionner sur leur efficacité pour favoriser le retour sur le marché du travail.

En règle générale, les médecins veulent le bien pour les personnes qui les consultent. Or, le montant minimal actuel accordé par l'aide sociale ne permet pas le maintien d'une bonne santé (mauvaise alimentation, logement insalubre et bruyant, isolement social, etc.) et les impacts psychologiques sont dévastateurs (réduction de l'estime de soi, trouble de l'adaptation, anxiété, dépression). Pour aider ces personnes à hausser leur maigre revenu mensuel, le médecin doit trouver un diagnostic qui justifie l'incapacité au travail. Mais apposer une étiquette d'inaptitude est lourd de signification et la grande majorité des personnes qui vien-

*« le montant minimal
actuel accordé par
l'aide sociale ne
permet pas le
maintien d'une bonne
santé [...] et les
impacts psychologiques
sont dévastateurs »*

nent nous voir avec ce formulaire n'aspirent en fait qu'à se trouver un travail qui leur convient. La réalité est que beaucoup de personnes qui font la demande d'un certificat d'invalidité médicale pourraient effectuer certains travaux, à leur rythme, dans un cadre qui leur est adapté ; des conditions que le marché du travail actuel n'est pas en mesure de fournir.

Devant un formulaire d'aide sociale qu'on lui demande de remplir, et plus encore face à une personne qu'il ne connaît pas, le médecin éprouve souvent de la colère, de l'impatience, de la tristesse... parce qu'il a l'impression de perdre son temps, parce qu'il n'a pas été formé pour ça, parce qu'il ne possède pas toutes les données du problème, parce qu'aussi et surtout, il ressent la honte et l'impuissance de la personne devant lui qui lui tend ce formulaire.

Par la présente, nous vous demandons d'abolir ces catégories de l'aide sociale et, par le fait même, de retirer aux médecins la responsabi-

té de juger ces inaptitudes. La façon la plus simple d'atteindre cet objectif nous semble l'instauration d'un revenu minimal d'insertion garanti qui pourrait être fixé dans un premier temps, comme le FCPASQ le suggère, au montant actuel octroyé aux personnes en incapacité permanente soit 858 \$/mois. Nous pensons que ce geste contribuerait à améliorer la santé et l'intégration des personnes assistées sociales tout en permettant de récupérer du temps médical qui pourra être utilisé à meilleur escient. Il faut aussi considérer que cet argent sera immédiatement redistribué dans la société québécoise puisqu'il servira à faire des achats ou des paiements de biens essentiels courants. Car ce n'est pas avec 858 \$/mois que l'on peut s'acheter des REER ou mettre de l'argent à l'abri dans des paradis fiscaux !

Nous vous remercions de l'attention que vous porterez à notre demande.



Les midis du CREMIS

**La psychiatrie,
cette imposture scientifique**

Conférence par Alain Lesage
Centre de recherche Fernand-Séguin

Mercredi le 24 février 2010
12h à 13h30
CLSC des Faubourgs
1250 rue Sanguinet, Salle 451
www.cremis.ca

Sauerkraut 2005. Certains droits réservés

Respect et résistance



Vincepal, 2008. Certains droits réservés ©

REGARDS

Aziz Choudry

Professeur
Département d'études
Intégrées en sciences de
l'éducation
Université McGill

Jill Hanley

Professeure
École de service social
Université McGill

Steve Jordan

Professeur
Département d'études
Intégrées en sciences de
l'éducation
Université McGill

Eric Shragge

Professeur et directeur
École des affaires
publiques et
communautaires
Université Concordia
Membre du CREMIS

Martha Stiegman

Étudiante au doctorat
Chargée de cours
Université Concordia

L'article qui suit a été produit à partir de résultats d'un projet de recherche réalisé en collaboration avec le *Centre des travailleurs immigrés*. Cette recherche vise à documenter les expériences de travailleurs immigrés dans différents lieux de travail. Elle est fondée sur une cinquantaine d'entrevues avec des travailleurs immigrés réalisées entre 2004 et 2006, au cours desquelles les participants ont été invités à « dire la vérité » sur ce qu'ils vivent. La période de temps passée depuis leur arrivée au Canada varie de 2 à 20 ans. Les thèmes et enjeux soulevés par cette recherche ont été traités dans *Fight Back : Workplace Justice for Immigrants* (Aziz Choudry, Jill Hanley, Steve Jordan, Eric Shragge, Martha Stiegman, Fernwood Books, 2009).

Ahmed, 39 ans, est venu au Canada de l'Algérie, où il a été un biologiste et un écologiste reconnu. Sa femme travaillait au ministère algérien des pêches. Ils ont tout abandonné pour venir au Canada à la recherche d'un pays plus paisible. Avec son parcours professionnel, il a été accepté facilement comme immigrant dans le système de pointage canadien, mais cela n'impliquait pas qu'un emploi dans son domaine serait facile à trouver. Ahmed a commencé par chercher des emplois pour lesquels il se sentait qualifié : « J'étais prêt à quitter Montréal pour travailler comme océanographe. J'ai appliqué partout. On n'a jamais retourné mes appels (...) L'agente d'emploi m'a dit, 'Vous voulez travailler comme océanographe ? Allez à cette adresse dans le Vieux Port'. J'y

REGARDS

suis allé et on m'a dit qu'ils étaient à la recherche de capitaines de navire. Soit elle n'a pas pris le temps pour savoir ce qu' 'océanographe' veut dire, soit elle m'a pris pour un imbécile ».

L'agente l'a par la suite dirigé vers un organisme communautaire fournissant des services aux immigrants, où il a suivi un cours de trois semaines sur la recherche d'emploi : « Ils nous disaient que nous ne devons pas nous dévaloriser, que nous devons mettre en valeur nos compétences et expériences et que nous devons demander un niveau de rémunération qui est le reflet de notre valeur. J'ai vite appris que ce n'est pas comme ça que ça marche ici... Si j'avais suivi leurs conseils, je n'aurais jamais trouvé un emploi... J'ai enlevé mon diplôme universitaire de mon cv... Il faut comprendre que les employeurs veulent sauver de l'argent.

Ils ne veulent pas reconnaître les qualifications des immigrants et être obligés de payer le salaire qui y correspond. »

« Pendant dix mois, j'ai suivi un cours intensif, *Attestation d'études collégiales* - un cours pour immigrants donnant des équivalents qui permettent de tra-



Clix, 2007. Certains droits réservés ©

vailler comme technicien de laboratoire. Il y avait des personnes avec des maîtrises et des doctorats en chimie dans le cours. On nous a appris les connaissances de base en chimie et en biologie s'équivalant à ce qu'on peut apprendre à l'école secondaire. Les responsables du cours nous ont promis de trouver des emplois bien payés dans différents champs d'application technique, mais il s'agit de publicité trompeuse ». À sa grande frustration, Ahmed n'a pas été aidé dans sa recherche d'un emploi. « J'ai appris par expérience... Il faut passer par chacune des compagnies en faisant du porte-à-porte ».

Ahmed sait qu'il n'est pas le seul immigrant surqualifié ayant de la difficulté à se trouver un emploi : « tous les immigrants que je connais sont dans la même situation ». Considérant que le gouvernement exige beaucoup de qualifications dans la sélection des immigrants, il conclut qu'il doit s'agir d'une façon de protéger les diplômés et le système d'éducation du Québec : « Je pense qu'on cherche à protéger les universités, à les empêcher de perdre leurs parts du marché ». Ahmed a finalement trouvé un emploi comme technicien de laboratoire. Il travaille sur le quart de nuit de 22 h à 7 h. « Personne là-bas n'a autant de qualifications que moi, ils n'ont que le secondaire V ». Ses employeurs ont réalisé qu'Ahmed est plus qualifié qu'il ne le laissait croire en constatant la qualité de son travail et le rôle de leader qu'il joue dans le laboratoire. Même si ses qualifications sont maintenant reconnues, cela ne se traduit pas sous la forme de responsabilités officielles ou d'un salaire plus élevé et Ahmed ne les demande pas non plus. « Je ne pourrais jamais demander cela. Jamais. Jamais. Tout est tellement compétitif. Si je demandais cela, je perdrais mon travail et je serais à la rue. Je ne pourrais pas faire cela. Je serais marqué à tout jamais. Je ne trouverais jamais un autre emploi. » Après deux ans de chômage, il est content d'avoir trouvé un emploi. « Il faut avoir beaucoup de courage et de foi pour passer à travers quand on est au chômage – vivre sur le chômage à Montréal est si dur ».

Migration : contexte et conséquences

Un enjeu important auquel sont confrontés la plupart des pays aujourd'hui est celui des migrations. Deux facteurs combinés contribuent à l'importance de ce phénomène : le déplacement de personnes en provenance des pays du Sud et la demande pour une main-d'œuvre à bon marché dans le Nord. Dans les pays du Sud, des dynamiques semblables existent avec les déplacements de personnes vers des pays où le capitalisme est plus développé (comme dans le cas des Indonésiens travaillant à Taïwan). Ces éléments sont liés à la restructuration actuelle du capitalisme, avec le virage vers des formes de commerce et d'investissement moins réglementées, la réduction du pouvoir de la classe ouvrière à travers la législation et la « libération » du marché de l'« ingérence étatique ». Au Canada et ailleurs, si on utilise la terminologie marxiste, ces migrations et déplacements créent une énorme « armée de réserve » qui est en compétition pour les emplois disponibles et devient en conséquence un bassin de *cheap labour* relativement facile à discipliner. Un nombre considérable de travailleurs

REGARDS

« Au Canada et ailleurs, si on utilise la terminologie marxiste, ces migrations et déplacements créent une énorme 'armée de réserve' qui est en compétition pour les emplois disponibles et devient en conséquence un bassin de cheap labour relativement facile à discipliner. »

REGARDS

« Devenir un
travailleur immigré
veut dire en partie
'désapprendre' son
statut et son identité
préexistants afin de
'redéfinir le soi' en tant
que 'ressource
renouvelable' plutôt
qu'en tant qu' 'être
humain'. »

font ainsi face à de la concurrence et ont peu de protections sur le marché du travail. Un autre aspect économique de ce processus consiste en des envois d'argent qui jouent un rôle important pour assurer le bien-être des membres de la famille restés au pays d'origine, ainsi que pour l'économie générale de ces pays.

Il y a un mythe au Canada selon lequel les immigrants connaîtraient une mobilité ascendante. Peu de données sous-tendent une telle hypothèse. Dans un document publié en 2007 portant sur le bien-être économique des familles immigrantes, Statistiques Canada n'a constaté aucune amélioration dans la situation économique des nouveaux immigrants au Canada au début du XXI^{ème} siècle. Pourtant, ces immigrants ont un niveau de scolarité beaucoup plus élevé et se trouvent davantage dans la catégorie d'immigrants qualifiés que dix ans plus tôt. Le rapport prend en considération leur situation économique depuis 2000, la prévalence de conditions salariales jugées « chroniquement » basses et l'impact sur leur bien-être économique, de changements au niveau de la scolarité et des qualifications depuis 1993. En 2002, les taux de bas revenu parmi les immigrants pendant leur première année complète de résidence au Canada étaient 3,5 fois plus élevés que ceux de la population née au pays. En 2004, ces taux étaient légèrement plus bas, étant 3,2 fois plus élevés. L'augmentation des taux de bas revenu se trouve surtout parmi les immigrants qui sont au pays depuis un ou deux ans, ce qui suggère de plus grandes difficultés d'adaptation depuis les années 2000. L'augmentation considérable des niveaux de scolarité des nouveaux immigrants et le fait qu'ils soient davantage concentrés dans la catégorie d'immigrants qualifiés, ont ainsi peu d'impact sur leurs chances de se trouver avec un niveau de revenu décent (Statistiques Canada, 2006). On s'attendait à davantage de différences en termes de résultats en fonction du niveau de scolarité.

De plus, l'avantage que détenaient, au début des années 1990, les personnes avec un plus haut niveau de scolarité a été réduit avant 2000, étant donné leur augmentation en ter-

mes de nombre, mais aussi la dégradation des conditions économiques dans le secteur de la technologie (Picot, Hou et Coulombe, 2006). Selon une étude effectuée par le *Forum régional sur le développement social* (2007), les immigrants les plus récemment arrivés à Mon-



Fd, 2008. Certains droits réservés ©

REGARDS

ttréal sont ceux qui ont le plus grand risque de se retrouver dans la pauvreté. D'après les données du recensement de 2001, 47,5% de ce groupe vit en-dessous du seuil de faible revenu et même après 10 ans de résidence au Canada, 40% vit toujours en-dessous de ce seuil.

Double langage

À la lumière de ces statistiques et sur la base des informations fournies par les personnes interviewées, nous nous sommes servis du concept d'« apprentissage à rebours » afin de décrire le devenir d'un travailleur immigrant. Ce concept fait référence à l'acceptation des dures conditions économiques et au manque de possibilités d'amélioration et d'adaptation. Ces immigrants ont dû apprendre à naviguer face au double langage du système canadien d'immigration, qui recrute des personnes hautement éduquées et qualifiées afin de combler des postes au bas de l'échelle sur le marché du travail. Ces immigrants doivent apprendre à « désapprendre » et à nier leur statut ainsi que leur éducation, à cacher leurs « surqualifications » et à s'adapter aux conditions prévalant aux plus bas échelons de ce marché. Les travailleurs immigrants arrivent dans une situation où leurs choix sont restreints. Souvent, ils quittent leur pays d'origine dans des circonstances désespérées, soit en raison de difficultés économiques ou politiques. Ils por-

tent aussi des responsabilités pour les familles qu'ils ont laissées derrière eux. Quelques-uns résistent, mais plusieurs finissent par accepter que leurs rêves de ce que le Canada pouvait leur offrir ne sont que... des rêves. S'adapter aux réalités peut signifier réduire les attentes et tenter de survivre avec ce que leur fournit leur travail. « Apprendre à rebours » se réfère au processus de « perte », d'abandon de l'espoir, à la nécessité de se départir de ce qu'on a, à la réduction de sa valeur, son identité et son statut social qui, auparavant, étaient « moi », mais qui ne le sont plus. Le quotidien des travailleurs immigrants exige qu'ils apprennent comment survivre en vivant la déception, les bas revenus et l'instabilité. Le défi est d'apprendre à « travailler dur et rester en emploi », quelle que soit la qualité de ce dernier et de maintenir au plus bas les attentes afin d'accepter ce qui est offert. Devenir un travailleur immigré veut dire en partie « désapprendre » son statut et son identité préexistants afin de « redéfinir le soi » en tant que « ressource renouvelable » plutôt qu'en tant qu'« être humain ». Il s'agit d'apprendre à naviguer à travers le double langage de la vie publique, à craindre les patrons, à taire ses droits, à accepter des possibilités d'action limitées.

Apprentissages

Les travailleurs ne sont pas nécessairement passifs face à ces conditions. On peut apprendre que l'injustice sociale existe et qu'on peut résister à travers l'action en demandant du respect en tant qu'être humain. Dans son étude sur les travailleuses domestiques d'origine philippine, Parreñas (2001) décrit les ten-

REGARDS

« Quelles sont les conditions qui ouvrent sur l'action ? Quels sont les rapports sociaux, les contextes et les circonstances qui aident les gens à passer d'un mode d'apprentissage visant l'adaptation, à l'autre qui soutient la résistance ? »



Spaceshipbebe, 2009. Certains droits réservés ©

tatives des femmes de résister ou de négocier, en essayant d'éliminer ou de mitiger les effets de leurs déracinements multiples et quotidiens. L'adaptation est la réponse habituelle à la situation à laquelle font face les nouveaux arrivants dans un pays, même quand il s'agit de conditions de travail fondées sur l'exploitation et qui ne risquent pas de changer.

Un élément clé de la résistance est l'apprentissage ; en fait, résister, c'est apprendre. Selon Maitra et Shan (2007), il y a deux types d'apprentissage dans lesquels adaptation et résistance sont mises en parallèle. Dans le premier cas, l'apprentissage « conformiste » est un apprentissage soumis aux attentes et aux exigences du milieu du travail, telles que définies par

les employeurs. Ce type d'apprentissage veut dire « passer à travers », « garder son emploi » à tout prix et s'articule généralement au besoin des employeurs de maximiser leurs profits. Le deuxième type d'apprentissage est « transgressif » : on apprend à exercer ses droits, à questionner et à transformer des situations de travail fondées sur l'exploitation, à élargir l'univers des possibles afin d'améliorer ses conditions de vie. Mais quels sont les facteurs qui mènent vers l'apprentissage conformiste ? Quels sont les liens entre les contextes plus larges et plus immédiats dans la genèse des situations et des choix ? Comme nous l'avons suggéré, les gens subissent des pressions énormes pour s'adapter à des conditions difficiles parce qu'ils ont peu de possibilités.

Résistance

Quelles sont les conditions qui ouvrent sur l'action ? Quels sont les rapports sociaux, les contextes et les circonstances qui aident les gens à passer d'un mode d'apprentissage visant l'adaptation, à l'autre qui soutient la résistance ? Plusieurs facteurs sont pertinents dans une discussion sur ce dernier type d'apprentissage. Une dimension importante est de travailler délibérément à la construction de formes collectives d'action et de prise de conscience. Comme notre recherche le démontre, la reconstitution de rapports sociaux et politiques par le biais d'institutions comme les organismes communautaires ou les associations religieuses (telles les églises) semble centrale dans ce processus. Selon nos résultats, pour beaucoup d'immigrants, le Canada n'est pas accueillant. Ils doivent surmonter un ensemble d'obstacles avant de s'établir – obstacles qui peuvent continuer à avoir un effet négatif pendant de longues années après leur arrivée au pays. Remettre en question ces obstacles et barrières sur le plan individuel donne peu de résultats. Cependant, construire des formes de solidarité collective, formellement ou informellement, peut servir comme un contrepoids puissant contre les environnements de travail marqués par l'exploitation dans lesquels se trouvent les groupes minoritaires. Que ce soit dans une organisation communautaire, comme le *Centre des travailleurs immigrés* qui a collabo-

ré à la réalisation du projet qui fait l'objet de ce texte, ou dans une église du voisinage, ces travailleurs semblent activement engagés dans des formes de résistance.

Nous avons aussi appris des leçons importantes au cours de notre exploration des modes d'action développés par les travailleurs immigrés, qu'ils soient individuels ou collectifs, à découvert ou souterrains. Ce dernier mode constitue probablement la forme de lutte la plus facile à entreprendre pour un groupe soumis au genre de pressions que subissent les travailleurs immigrés (envoi de montants d'argent vers le pays d'origine, compétition sur le marché du travail, incertitude quant à leur statut d'immigrant et leur permanence). Les initiatives souterraines visant le maintien de la dignité des personnes doivent être reconnues comme centrales dans leurs efforts pour conserver leur estime de soi, tout en protégeant leurs emplois et leur statut d'immigrant. Dans la plupart des cas où des personnes passent à l'action pour améliorer leurs conditions de travail, nous avons pu constater que l'intérêt personnel est un facteur motivant lors de la première étape d'une démarche qui peut mener vers l'action collective pour les droits du groupe. Dans cette perspective, soutenir des revendications individuelles peut être considéré comme une façon pour des travailleurs de se connecter sur une action plus large. Un travailleur qui a réussi à faire augmenter son salaire pour le travail en temps supplémentaire, peut se sentir plus confiant dans ses tentatives à encourager ses collègues de travail à faire la même chose. Des cas de revendication individuelle sont aussi des sources précieuses d'information pour alimenter des campagnes pour le changement des politiques. La précarité extrême de ce type de main-d'œuvre est une autre considération dont il faut tenir compte. Quand les enjeux liés à l'emploi sont si importants, les travailleurs immigrés sont susceptibles d'être hautement méfiants à l'égard d'organiseurs et peu enclins à prendre des risques pour défendre leurs droits. Un enjeu supplémentaire est que la plupart des stratégies organisationnelles présument un engagement à long terme, tandis que plusieurs de ces personnes n'ont que des visas temporaires.

La demande d'être traité avec respect sous-tend les actions entreprises et traverse les entrevues. La demande de respect est au cœur de la résistance. Mandel se sert du terme « dignité » comme nous nous servons de celui de « respect » : « la dignité est un bon point de départ. Un travailleur ou une travailleuse qui se respecte n'est peut-être pas dans la position de se débarrasser de l'oppression, mais au moins il ou elle ne l'intériorisera pas » (2004 : 272).¹ Les migrations internationales contribuent à créer un bassin imposant de travailleurs vulnérables à l'intérieur de la société canadienne. Ces derniers continueront à s'adapter aux dures conditions auxquelles ils font face parce que les enjeux pour eux sont importants. Des moments de résistance et des groupes comme le *Centre des travailleurs immigrés* continuent à éduquer et à organiser les travailleurs immigrés afin de réaliser la justice économique et sociale.²

Notes

1. "Dignity is a good starting point. A worker who respects his or herself may not be a position to throw off oppression but he or she will at least not internalize it."

2. Cet article, écrit pour la *Revue du CREMIS*, a été traduit de l'anglais par Christopher McAll.

Maitra, S. et H. Shan (2007). "Transgressive vs Conformative : Immigrant Women Learning at Contingent Work", *Journal of Workplace Learning*, 19(5) : 286-295.

Mandel, D. (2004). *Labour After Communism*, Montreal, Black Rose Books.

Parreñas, R. (2001). *Servants of Globalization : Women, Migration and Domestic Work*, Stanford, CA, Stanford University Press.

Picot, G., Hou, F. et S. Coulombe (January 2007). *Chronic Low Income and Low-Income Dynamics Among Recent Immigrants*, Statistics Canada, Catalogue No. 11F0019MIE, No.294.

Statistics Canada (2006). *Longitudinal Survey of Immigrants to Canada : A regional perspective of the Labour Market Experiences 2003*.

L'enfance encerclée



Busymummy, 2007. Certains droits réservés ©

DOSSIER

Familles ciblées

Performance

Le « risque »

Un sens à la souffrance

*Avant de conclure à
l'incapacité parentale...*

*Des questions en
suspens*

Aider sans nuire ?

DOSSIER

Amnon J. Suissa

Professeur
École de travail social
Université du Québec à
Montréal
Membre du CREMIS

L'explosion de la médication des jeunes diagnostiqués avec un trouble de déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH) est telle qu'on peut en parler comme un mode de gestion et de contrôle social. La vie trépidante, combinée à la prolifération des technologies et à l'hyperindividualisme produisent un contexte favorable au déficit d'attention et à l'hyperactivité des jeunes. Beaucoup sont soumis à des stimulations sensorielles continues, principalement avec l'Internet, la télévision et les multiples jeux et « gadgets » technologiques. L'adaptation émotionnelle et cognitive nécessaire pour suivre ce rythme effréné fait en sorte que nous vivons non seulement plus rapidement, mais que nous développons également le besoin d'être plus rapides que jamais. Comment préserver une attention stable lorsque que le cerveau des jeunes est sur-sollicité ?



Ellievanhoutte, 2006. Certains droits réservés ©

Performance et médicalisation

Le DSM-IV insiste sur le fait que le TDAH, en tant que trouble de maturation du cerveau, doit être diagnostiqué avant l'âge de 7 ans afin de ne pas le confondre avec un problème d'apprentissage ou de comportement. L'âge limite de la prise de Ritalin est sans cesse repoussé. Monzée (2003) rappelle que la littérature médicale soulignait en 1996 que le Ritalin devait être pris chez les jeunes dont le cerveau était encore en maturation et ce, jusqu'à l'âge de douze ans, âge où le cortex préfrontal acquiert une certaine maturité. En 1999, l'âge de prescription est repoussé à quinze ans. Depuis

2002, c'est la population adulte qui est également ciblée. Selon Witten (2007), l'élargissement des prescriptions auprès des adultes s'inscrit dans la gestion de symptômes avec des difficultés liées à un manque d'organisation et une trop grande distraction.

Savoir que la prise de Ritalin améliore de 30 à 85% les résultats scolaires aide à expliquer le recours massif à cette substance. Les parents ne sont-ils pas préoccupés par le fait que leurs enfants puissent suivre, jusqu'à un certain point, le « tempo » institutionnel et social ? Si l'action du Ritalin est efficace lors de la période de maturation du cerveau, comment se fait-il que la prescription auprès des adultes soit en nette progression ? Le Ritalin est-il un symptôme d'une culture de la performance qui traverse les âges et qui conduit à une médicalisation des conditions sociales de vie ?

Côté surmédication, l'Angleterre remporte la médaille d'or avec la plus grande augmentation au monde de prescriptions de méthylphénidate,¹ soit 7600% en 10 ans, passant de 6000 à 458 200 cas (1994-2004) (Lloyd, Stead et Cohen, 2006). Au Québec, la prescription de Ritalin a doublé en l'espace de 5 ans (Saint-Onge, 2005) et il en est de même avec l'usage grandissant de psychotropes dans les centres d'accueil pour les jeunes, où le taux de surconsommation est inquiétant (Lafortune, 2007). Aux États-Unis, la *United States Food and Drug Administration* (USFDA)² a récemment autorisé le Prozac pour des enfants de 7 ans.

Chaque mois, une vingtaine d'articles sont publiés sur le TDAH et la majeure partie des contenus sont traités du point de vue de la neurobiologie et la génétique. Classifiés dans le DSM-IV dans la catégorie des désordres de comportements (*disruptive behaviors disorders*), et dans la même famille que les amphétamines et la cocaïne à cause de leur action neurostimulante similaire, les problèmes de comportement chez les jeunes avec difficulté d'attention, d'impulsivité cognitive ou comportementale sont d'abord à comprendre à l'intérieur d'un discours du modèle psychiatrique dominant, essentiellement d'origine améri-

caine. Axé sur une approche de la maladie du cerveau (*brain disease approach*), ce modèle remplace de plus en plus les alternatives issues des individus, de leurs familles et de leurs réseaux.

Expérimentations

Si l'efficacité du Ritalin peut être foudroyante à court terme sur le cerveau, les effets pervers peuvent l'être tout aussi : perte d'appétit, maux de tête, changements d'humeur ou insomnie. À titre d'exemple, 185 décès de jeunes sont survenus en lien avec ce médicament entre 1990 et 2000 aux États-Unis.³ Une autre étude citée par Macdonald (2006) révèle que la prescription de médicaments pour contrer l'insomnie auprès des enfants âgés de 10 à 19 ans a grimpé de plus de 85%, dans certains cas, pour réduire les effets secondaires du Ritalin. En ce qui a trait à l'action du Ritalin sur le cerveau, les travaux de Monzée en neurophysiologie révèlent que si l'enfant réussit mieux à l'école grâce à ses habiletés attentionnelles accrues avec l'absorption du Ritalin, il y a, à moyen et à long terme, un risque que ce psychotrope puisse empêcher ou réduire dramatiquement la maturation des réseaux nerveux qui permettent l'attention et la concentration à l'âge adulte (Monzée, 2003). Des psychiatres et chercheurs questionnent l'usage abusif de médicaments psychotropes auprès des jeunes en soulignant que ces pratiques dépassent nos connaissances réelles (Lloyd, Stead et Cohen, 2006 ; Breggin, 2002). Dans quelle mesure sommes-nous en train d'expérimenter ces substances sur des enfants ?

L'augmentation de la médicalisation des jeunes est dénoncée par Compton et Volkow (2006), qui suggèrent de se tourner vers des pratiques de prévention et de traitement afin de réduire les effets pervers qui lui sont associés. Plusieurs études canadiennes et américaines récentes révèlent l'existence d'un risque cardiovasculaire dans la prise des médicaments pour les jeunes et les moins jeunes avec TDAH (Convay *et al.*, 2008 ; Nissen, 2006). Ces recherches suggèrent d'évaluer les risques avant-coureurs en termes cardiovasculaires dans le processus de prescription de ces puis-

**DANS QUELLE
MESURE SOMMES-
NOUS EN TRAIN
D'EXPÉRIMENTER
CES SUBSTANCES
SUR DES
ENFANTS ?**

DOSSIER

« le diagnostic posé sur l'enfant modifie la conception qu'il a de lui-même et influence ses relations familiales et sociales tout en alimentant la logique de la structuration et de la gestion des services offerts »

sants psychostimulants.

Chimie et conditions sociales

Si plusieurs études établissent que le Ritalin fonctionne à court terme pour aider les jeunes à se concentrer ou à contrôler certains comportements « indésirables » au plan social, la question des bénéfices concrets et de la dépendance à long terme reste entière. Si on constate dans les faits qu'un enfant est plus docile, voire plus obéissant, après l'ingestion du produit, il n'en demeure pas moins qu'il faut questionner la fonction et les conséquences que le Ritalin a dans la vie des jeunes. Dans un article récent, Gagnier et Asselin (2008) démontrent que le diagnostic posé



Fotographix.ca, 2008. Certains droits réservés

sur l'enfant modifie la conception qu'il a de lui-même et influence ses relations familiales et sociales tout en alimentant la logique de la structuration et de la gestion des services offerts. Devant la souffrance de l'enfant et de sa famille, l'émission d'un diagnostic TDAH a des effets perçus comme très positifs par le réseau primaire. Dans un premier temps, ce processus atténue généralement la culpabilité dans laquelle l'individu peut être plongé, parfois durant de longues périodes. Le fait de connaître la condition sous-tendant son comportement souffrant soulage ainsi le désarroi individuel en normalisant le sujet au plan psychologique et social. Dans un deuxième temps, les membres du réseau social élargi (l'école, les enseignants, les amis) sont à leur tour sollicités pour valider socialement le processus de médicalisation en contribuant ainsi à créer une dynamique sociale et familiale particulière. Dans cette lignée, Ausloos (1995) a démontré comment le processus de désignation et de sélection de tel ou tel comportement l'amplifie et le cristallise dans la construction graduelle de la pathologie.

Si ce psychotrope puissant aide les enfants à être plus attentifs ou plus calmes, personne ne peut prétendre, à ce stade-ci des connaissances, avoir la réponse sur les effets à long terme. On sait, par exemple, que certains neurotransmetteurs telles la dopamine et la nora-

adrénaline, sont stimulés quand il y a prise de Ritalin. Ce même type d'explication neurochimique est également fourni pour des comportements de dépendance à l'alcool, au jeu compulsif et à la cocaïne. Or, on ne peut réellement démontrer que les comportements en question sont le produit, l'effet ou la cause de carences neurochimiques. Une meilleure chimie ne viendra pas à bout des problèmes de comportements issus des conditions sociales, car la médication ne doit pas se substituer à la volonté des jeunes et de leur milieu familial et social (Suissa, 2008).

Un sens à la souffrance

Pour caractériser notre société hyperindividualiste et d'hyperconsommation en perte de rituels, Lipovetsky (2006) parle de « malaises de l'âme ». Gori et Volgo (2005) ont un point de vue semblable et soulignent que le mal d'être se transforme en « mal d'avoir ». Devant l'exposition de plus en plus grande au monde virtuel des communications (Internet, cellulaires et autres cyberdépendances), nous assistons à un processus « d'appartenance virtuelle au social » au détriment de liens sociaux réels. C'est dans ce vide de liens sociaux à combler que l'individualisme prend tout son sens. Autrement dit, devant le manque de rituels qui permettent de donner du sens aux liens sociaux réels en perdition, l'individu posera des gestes accompagnés d'un retrait social de nature plus privé, plus individuel (Suissa, 2001). C'est dans ce contexte de performance à tout prix que le recours aux psychostimulants pour les jeunes prend toute sa place et ce, comme une stratégie adaptative aux contraintes de ce type d'environnement. Une littérature scientifique dénonçant le recours à ces substances puissantes existe bel et bien (Weathers, 2008 ; Cook et O'Dell, 2004 ; Stein, 2002 ; Stevens, 2000). Considérant le Ritalin comme une drogue dangereuse, ces chercheurs suggèrent d'améliorer le comportement et d'élever la performance par une approche non médicamenteuse : améliorer les habitudes alimentaires, développer des aptitudes parentales, effectuer des exercices pratiques qui permettent de mieux se relaxer et de favoriser une meilleure attention.

Dans cette lignée, Massé, Lanaris et Couture (2006) proposent une intervention directe auprès des parents de ces jeunes à travers un programme d'habiletés parentales (PEHP). Les effets bénéfiques sur le stress parental et les comportements de l'enfant de ce type de programme ont été bien démontrés. Certains chercheurs proposaient déjà en 1999 d'inscrire l'approche et l'intervention en contexte de TDAH dans une perspective plus systémique et multimodale (Lavigueur et Desjardins, 1999). Dans la mesure où, tôt ou tard, le jeune questionnera sa médication, n'y a-t-il pas lieu d'en parler avant ? Pour ce faire, il faut étendre le partage des informations pertinentes à moyen et long terme sur les questions de dépendance et d'ajustements relationnels à adopter en termes de dynamiques familiales par les proches. S'il est parfois difficile pour les parents de transiger avec des comportements de leurs jeunes en lien avec le TDAH, l'exploration d'autres mesures peut aussi aider les jeunes à se percevoir comme étant des acteurs qui peuvent poser des gestes en vue de réduire leurs difficultés. Médicaliser les jeunes et les moins jeunes, n'est-ce pas faire l'économie des liens et des efforts à investir de manière à donner un sens à la souffrance et au bien-être ? Peut-on aider sans nuire ?

Notes

1. Le méthylphénidate est un psychotrope de la classe des phényléthylamines que l'on retrouve dans le Ritalin.
2. Le USFDA est une agence qui fait partie du Ministère de la Santé publique des États-Unis.
3. Selon une étude rapportée par Radio-Canada le 29 novembre 2008.

-
- Ausloos, G. (1995). *La compétence des familles*, Paris, Érès.
- Breggin, P. (2002). *The Stimulant Fact Book*, Cambridge, MA, Perseus Books.
- Compton, W. M. et N. D. Volkow (2006). "Abuse of prescription drugs and the risk of addiction", *Drug and alcohol dependence*, 83(1) : 54-57.
- Convay, J., Wong, K. K, O'Connell, C. et A. E. Warren (2008). "Cardiovascular risk screening before starting stimulant medication and pre scribing practices of Canadian physicians : impact of the Health Canada Advisory", *Pediatrics*, 122 : 828-834.
- Cook, P. A. et N. E. O'Dell (2004). *Stopping ADHD : a unique and proven drug-free program for treating ADHD in children and adults*, New York, Avery Pub Group.
- Gagnier, J.-P. et P. Asselin (2008). « Adolescence, famille et désignation ». Dans *L'adolescence en contexte, Cahiers critiques de thérapie familiale et*

- de pratiques de réseaux, Bruxelles, Éditions de Boeck : 169-182.
- Gori, R. et M. J. Volgo (2005). *La santé totalitaire : essai sur la médicalisation de l'existence*, Paris, Denoël.
- Lavigueur, S. et C. Desjardins (1999). « Une approche globale du déficit d'attention/hyperactivité : analyse systémique et intervention multimodale », *Revue Canadienne de Psycho-Éducation*, 28(2) : 141-161.
- Lafortune, D. (2007). « Expliquer, dépister et traiter médicalement les troubles du comportement des enfants et des adolescents », *Nouvelles Pratiques Sociales*, 9(2) : 64-75.
- Lipovetsky, G. (2006). *Le bonheur paradoxal. Essai sur la société d'hyperconsommation*, Paris, Gallimard.
- Lloyd, G., Stead, J. et D. Cohen (2006). *Critical New Perspectives on ADHD*, London, New York, Routledge.
- Macdonald, N. (2006). « I Wanna Be Sedated : The Insomnia Epidemic Is Now Affecting Kids », *Maclean's*, 23 janvier 2006.
- Massé, L., Lanaris, C. et C. Couture (2006). « Intervention auprès des parents de jeunes présentant un TDAH », dans Chevalier, N. (dir.), *Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité Soigner, éduquer, surtout valoriser*, Québec, Presses de l'Université du Québec : 255-279.
- Monzée, J. (2003). « L'hyperactivité et le Ritalin : un médicament n'est pas une sucette », *Dire*, 13(2) : 42-44.
- Nissen, S. E. (2006). "ADHD drugs and cardiovascular risk", *The New England Journal of Medicine*, 354(14) : 1445-1448.
- N.H.S.E. (2005). *Prescription cost analysis*. England, Department of Health, Prepared by the Government Statistical Service. Statistics Division, Branch SD 1 E.
- Saint-Onge, J. C. (2005). *L'envers de la pilule*, Montréal, Écosociété.
- Stein, D. B. (2002). *Ritalin is not the answer*, San Francisco, Jossey-Bass.
- Stevens, L. J. (2000). *Twelve effective ways to help your ADD/ADHD child : drug-free alternatives for attention-deficit disorders*, New York, Avery Pub Group.
- Suissa, J. A. (2008). « Addictions et pathologisation de l'existence : aspects psychosociaux », *Psychotropes, Revue internationale des toxicomanies*, 14 (2) : 61-80.
- Suissa, J. A. (2001). "Cannabis, social control and exclusion : the importance of social ties", *International Journal of Drug Policy*, 2 (5-6) : 385-396.
- Weathers, L. (2008). *ADHD : drug free and doing fine*, Sacramento, Ponderosa Press.
- Witten, M. (2007), "Attention-deficit/hyperactivity disorder does not afflict just children ; adults are also at risk. Know the symptoms, know the treatment", www.canadianliving.com, April : 101-107.

Les midis du CREMIS

Communauté de pratiques et santé mentale

Conférence par Mario Poirier
TÉLUQ, UQÀM

Mercredi le 17 février 2010

12h à 13h30

CLSC des Faubourgs

1250 rue Sanguinet

Salle 451

www.cremis.ca

Le glissement

La pauvreté et l'exclusion sociale sont des préoccupations centrales du gouvernement travailliste anglais depuis son élection en 1997. Une fois arrivé au pouvoir, le gouvernement a créé une unité spéciale dédiée à l'exclusion sociale et rattachée au bureau du premier ministre. Les membres ont été recrutés dans plusieurs organisations et agences ainsi que dans la fonction publique. Les ministres responsables de différents départements gouvernementaux étaient chargés d'orienter le travail à accomplir (Levitas, 2005 : 147-8). Cette approche, fondée sur l'apport de différents départements et organisations, est le reflet de la définition de l'exclusion sociale comme une « étiquette abrégée qui se réfère à ce qui peut arriver quand des individus ou des entités territoriales vivent les conséquences de problèmes inter-reliés dont le chômage, le manque de qualifications, des revenus trop bas, de mauvaises conditions de logement, des taux de criminalité élevés, des problèmes de santé et des ruptures familiales » (Levitas, 2005 : 148).



Stevendepolo, 2009. Certains droits réservés ©

DOSSIER

Karen Clarke

Senior Lecturer
Social Policy
Université de
Manchester
Angleterre

Inégalités, travail, comportements

Comme Levitas le souligne, on retrouve dans cette définition trois façons de penser l'exclusion sociale et les processus qui la soutiennent. Un premier discours l'attribue à des inégalités dans les structures sociales et exige la redistribution des ressources à ceux qui sont exclus socialement. Un deuxième fait découler les droits et obligations citoyens du fait d'occuper un emploi salarié. Avoir accès à un emploi constituerait ainsi le chemin le plus efficace et approprié pour sortir de l'exclusion sociale. Le rôle de l'État serait de s'assurer que les opportunités d'emploi soient disponibles à tous. Un troisième discours présente l'exclusion sociale comme la conséquence de problèmes dans les comportements et valeurs des individus. Ces problèmes sont attribuables en partie aux effets parfois pervers des mesures incitatives offertes par les systèmes publics d'assistance.¹ Dans ce dernier cas, la solution résiderait dans la transformation des valeurs et de la culture de ceux qui sont exclus socialement ainsi que l'élimination, dans la mesure du possible, des

effets pervers du système d'aide (Levitas, 2005).

Les politiques adoptées par le gouvernement travailliste ont mis l'accent sur l'emploi salarié comme solution à l'exclusion sociale dans le court terme. Cependant, en tentant d'empêcher l'exclusion sociale future d'enfants vivant dans des familles ou des quartiers pauvres, ce discours a eu tendance à glisser

vers un discours sur la compétence et à faire de l'incompétence parentale un problème et de la transformation des comportements parentaux, la solution. Cette tendance à voir le problème comme relevant d'une minorité de parents en tant qu'individus est devenue plus présente avec le temps et renforcée par le fait que les mesures adoptées visant l'insertion par l'emploi ont mis du temps à produire les résultats escomptés.

Pauvreté écartée

Le programme *Sure Start* a été introduit pendant le premier mandat du gouvernement travailliste comme un élément central dans sa stratégie à long terme contre l'exclusion sociale. Ce programme fournit une gamme de services aux familles avec des enfants en bas de quatre ans vivant dans les zones les plus désavantagées de l'Angleterre et du Pays de Galles. On cherche ainsi à intervenir dans les processus perçus comme contribuant à la reproduction de la pauvreté d'une génération à l'autre. Au commencement du programme en 1998, on prévoyait – entre 1999 et 2002 – l'implantation de 250 programmes locaux dans des zones de privation élevée,² regroupant 187 000 enfants en bas de quatre ans.³ En 2000, le gouvernement multiplie par deux le nombre d'enfants couverts par le programme, avec 400 000 enfants dans plus de 500 zones.

Chacun des programmes locaux dessert les enfants en bas de quatre ans et leurs parents. Ces familles doivent demeurer à proximité de



MartinHoward. 2008. Certains droits réservés ©

l'endroit où le programme est offert, c'est-à-dire à l'intérieur d'une distance praticable avec une poussette. L'intention était de rendre disponibles des services à toutes les familles du territoire avec un enfant de moins de quatre ans afin de ne pas stigmatiser les parents. Un autre des objectifs était de donner du pouvoir aux parents (*empowerment*) et de développer des services qui reflétaient les besoins identifiés localement. À cette fin, on prévoyait d'impliquer les parents à tous les niveaux de gouvernance du programme sur le plan local. On voulait que le programme fournisse une gamme de services touchant différents aspects des besoins des familles, en lien avec la santé, l'éducation et le soutien familial, avec, au besoin, du soutien offert aux parents à domicile (*outreach*) (Glass, 1999).

L'objectif voulant que les enfants arrivent à l'école « prêts à apprendre » est en conformité avec l'idée selon laquelle la réduction de l'exclusion sociale passe par l'accès à un emploi rémunéré. Le but était de mettre les parents au travail et, en même temps, de s'assurer que les enfants de familles exclues socialement ne soient pas désavantagés lors de leur arrivée à l'école. Il fallait qu'ils aient des chances égales d'obtenir les qualifications nécessaires pour bien intégrer le marché du travail à l'âge adulte. Cependant, si on se fie aux cibles gouvernementales identifiées et à l'évaluation nationale des résultats du programme, les moyens mis en œuvre pour réaliser ces fins semblent pencher davantage vers la concep-

tualisation de l'exclusion sociale mettant l'accent sur les lacunes morales des parents appartenant à la classe «subalterne» (*underclass*). L'accent est mis sur la transformation des comportements des mères pour que ceux-ci soient en conformité avec les valeurs de la classe moyenne. Les comportements et accomplissements des enfants sont expliqués en fonction des comportements de leurs parents (lire « des mères »). La réussite du programme est évaluée par la mesure de différents aspects du comportement des mères (réduction du tabagisme, augmentation de l'allaitement maternel, fréquentation accrue de bibliothèques, réduction de l'admission des enfants à l'urgence dans les hôpitaux), ainsi que par la réduction du pourcentage de familles sans travail dans les zones ciblées (Clarke, 2006). Ce faisant, la pauvreté matérielle disparaît en tant que facteur explicatif de l'exclusion sociale dans l'évaluation des résultats. On n'y fait référence qu'en tant que variable de contrôle (et donc, à toutes fins utiles, elle en est écartée comme facteur explicatif).

Familles ciblées

Pendant les deuxième et troisième mandats du gouvernement travailliste, les tensions entre les conceptions de l'exclusion sociale visant l'inclusion par le travail et les défaillances morales des parents appartenant à la classe « subalterne » ont été résolues par le développement de politiques qui se situent plus clairement dans l'une ou l'autre de ces deux perspectives. D'un côté, le programme *Sure Start* n'est plus une politique d'intervention qui vise uniquement des zones avec des taux de pauvreté élevés, mais regroupe un ensemble de services universels et pré-scolaires dans les domaines de la santé, de l'éducation, des conseils aux parents et du soutien offert dans les centres pour enfants *Sure Start* (*Sure Start Children's Centres*). On prévoit que dès 2010, ces centres seront présents partout, avec un accent mis sur l'inclusion sociale par le travail salarié et la provision de services de garde pour les enfants de parents qui travaillent (Glass, 2005). De l'autre côté, une gamme de services ciblés a été mise sur pied pour des catégories de familles identifiées comme particulièrement

problématiques : les très jeunes parents, les familles dont les comportements sont considérés comme « anti-sociaux » ou dont les enfants sont impliqués dans des activités criminelles.

La différenciation de l'exclusion sociale dans trois catégories distinctes – « largement distribuée », « concentrée » et « profonde » – soutient cette nouvelle approche (Miliband, 2006). L'exclusion sociale de type « largement distribué » comprend tous ceux qui souffrent d'un désavantage social parmi un ensemble. L'exclusion sociale de type « concentré » se réfère à la concentration géographique de populations désavantagées. Le nombre de personnes qui se trouvent dans l'une ou l'autre de ces deux premières catégories est considérable, mais le gouvernement travailliste est confiant que ces deux types d'exclusion sociale sont bien pris en compte par ses politiques d'inclusion sociale par le biais du travail salarié et la réforme de l'aide sociale. Les centres pour enfants *Sure Start* font partie de cette approche.

L'exclusion sociale de type « profond », qui concerne ceux qui souffrent de multiples désavantages, est devenue plus récemment la cible des politiques d'intervention. Le fait que ces personnes soient considérées comme des laissées-pour-compte dans une nouvelle ère où la prospérité matérielle est en croissance (Blair, 2006), suggère que la source de leurs problèmes n'est pas la pauvreté comme telle. D'autres solutions pourraient être mises de l'avant pour remédier à l'exclusion sociale de type « répandu ». Cette dernière est mesurée en fonction du nombre d'*individus* qui ont peu de qualifications, demeurent dans des ménages où il n'y a personne qui travaille, ou qui ne sont pas à l'école, en emploi ou en formation, tandis que l'unité de mesure pour ceux dont l'exclusion est vue comme « profonde » est la *famille*. Des politiques qui visent à identifier ces familles et les cibler par le biais d'un type d'intervention prenant la famille comme un tout ont été introduites. La conception de l'exclusion sociale qui ressort dans ce type d'approche est celle qui met l'accent sur les défaillances morales des parents de la classe « subalterne » (*underclass*). L'objectif de l'intervention est la transformation des caractéristi-

« L'accent est mis sur la transformation des comportements des mères pour que ceux-ci soient en conformité avec les valeurs de la classe moyenne. Les comportements et accomplissements des enfants sont expliqués en fonction des comportements de leurs parents (lire 'des mères'). »

ques sociales et culturelles de ces familles et, plus particulièrement, les comportements parentaux. L'accent mis dans les politiques sur la participation, l'*empowerment*, et le contrôle local disparaît. Les familles qui sont exclues « en profondeur » sont plutôt l'objet de programmes étroitement définis, formulés par des psychologues et livrés par des professionnels spécialement formés à cette fin. Les résultats sont évalués par le biais de tests appliqués à un échantillon aléatoire. Le but de ces programmes est de modifier les comportements individuels. Les effets du contexte social, culturel ou matériel sont exclus dans la formulation et l'évaluation de ces programmes (en n'étant que des variables de contrôle).

Modifier les comportements

Ces changements dans l'approche du gouvernement anglais face à l'exclusion sociale et sa conceptualisation ont coïncidé avec les résultats plutôt décevants de la première évaluation nationale du programme *Sure Start* (Belsky et Melhuish, 2007). Selon cette évaluation, ce sont les familles les moins désavantagées qui ont profité, un tant soit peu, du fait de demeurer dans une des zones ciblées par le programme. Les familles les plus désavantagées ont même souffert du fait de vivre dans une telle zone comparativement aux familles demeurant ailleurs. Ces résultats ont contribué à la différenciation entre les niveaux d'exclusion sociale et à la formulation d'approches diversifiées visant des groupes sociaux distincts.

En 2007, on a, par exemple, introduit un pro-

gramme de visites intensives à domicile pour des jeunes mères « vulnérables » avant et après la naissance de leur premier enfant. Ce programme, baptisé « partenariat famille-infirmière » (*Family-Nurse Partnership*), a été inspiré par un programme similaire introduit aux États-Unis par David Olds. D'abord mis sur pied en Angleterre comme projet-pilote dans 10 zones ciblées, le programme a été étendu par la suite à une vingtaine de zones marquées par un haut niveau de privation sociale. Des infirmières spécialement formées effectuent les visites de manière intensive dès le début de la grossesse jusqu'au deuxième anniversaire de l'enfant. L'objectif est de construire une relation de proximité entre l'infirmière et la famille et d'aider les mères à « adopter des modes de vie plus sains, améliorer leurs compétences parentales et devenir autonomes ». ⁴ L'accent est surtout mis sur les pratiques individuelles des mères, avec moins d'attention portée au contexte matériel dans lequel elles vivent. Des « projets d'intervention familiale » (*Family Intervention Projects*) ont aussi été introduits dans 173 zones en Angleterre et seront présents dans toutes les juridictions locales en 2010-2011. Cette initiative comporte aussi des interventions intensives afin de modifier les comportements parentaux et réduire ainsi les comportements criminels et anti-sociaux de leurs enfants (Nixon et Parr, 2008 ; DCSF, 2009).

Après ce changement d'approche fondé, en partie, sur les résultats de la première évaluation du programme *Sure Start*, les résultats d'une deuxième évaluation ont été publiés en mars 2008. Cette deuxième évaluation a per-



mis de constater de légers avantages pour toutes les familles résidant dans une zone où le programme s'appliquait (NESS, 2008). Les effets négatifs constatés lors de la première évaluation n'ont pas été retrouvés. Selon les auteurs, ces résultats pourraient s'expliquer par le fait que les programmes ont eu plus de temps pour s'établir, qu'ils sont ainsi mieux connus par les familles et que ces dernières montrent davantage de confiance à leur égard. Cependant, avant même que les conséquences du programme original aient été véritablement établies, l'impatience des décideurs pour valider l'efficacité de leurs politiques en termes de dépenses a amené un changement d'orientation.

Le risque

Dans la conception originale du programme *Sure Start*, il y avait la possibilité d'aborder de front les dimensions sociales et matérielles de l'exclusion sociale en ciblant les communautés et les territoires plutôt que les familles et les individus. Ces dimensions de l'exclusion sociale n'ont jamais donné lieu à des objectifs par rapport auxquels le succès du programme aurait pu être mesuré et elles ne figurent pas dans les rapports d'évaluation nationaux. Les objectifs visés et l'évaluation ont porté surtout sur la transformation des attitudes et des comportements maternels comme moyens pour empêcher la reproduction de l'exclusion sociale. L'ouverture de ces programmes au contrôle local a créé la possibilité de prendre en considération des aspects importants de l'exclusion sociale qui vont au-delà de la maternité comme telle. Cependant, l'accent mis dans les politiques sur l'accès à l'emploi pour les parents et les familles « à problèmes » risque de faire disparaître toute reconnaissance du rôle des inégalités sociales dans la reproduction de l'exclusion sociale.⁵

Notes

1. Le premier discours est appelé par Levitas le « discours de redistribution » (*redistributionist discourse* ou RED), le deuxième, « discours d'inclusion sociale » (*social inclusionist discourse* ou SID) et le troisième, « discours moral sur la classe 'subalterne' » (*moral underclass discourse* ou MUD).
2. Le concept de « privation » (*deprivation*) a été développé par Townsend (1987). La « privation multiple »

(*multiple deprivation*) se réfère au fait d'être privé de conditions jugées adéquates sur un ensemble de dimensions (revenu, logement, loisirs, santé, environnement). La privation peut aussi être mesurée par son intensité relative sur l'un ou l'autre de ces critères. L'expression « zone d'un haut niveau de privation » (*area of high deprivation*) combine l'idée d'intensité et de multi-dimensionnalité (*Note de la rédaction - Revue du CREMIS*).

3. Environ 18% de tous les enfants de ce groupe d'âge vivent dans la pauvreté.
4. « To adopt healthier life-styles, improve their parenting skills, and become self-sufficient » (site web du SETF).
5. Cet article, écrit pour la *Revue du CREMIS*, a été traduit de l'anglais par Christopher McAll.

- Belsky, J. et E. Melhuish (2007). "The impact of Sure Start Local Programmes on children and families", in Belsky, J., Barnes, J. et E. Melhuish (eds), *The National Evaluation of Sure Start. Does area-based early intervention work ?*, Bristol, Policy Press.
- Blair, T. (2006). "Our sovereign value : fairness". Speech to Joseph Rowntree Foundation, 5th September 2006 (<http://www.number-10.gov.uk/output/Page10037.asp>, consulté le 30 juin 2008).
- Clarke, K. (2006). "Childhood, parenting and early intervention : a critical examination of the Sure Start national programme", *Critical Social Policy*, 26(4) : 699-721.
- Department for Children, Schools and Families (DCSF) (2009) Press Release 23 October, disponible en ligne : http://www.dcsf.gov.uk/pns/DisplayPN.cgi?pn_id=2009_0201 (consulté le 12 novembre 2009)
- Glass, N. (1999). "Sure Start : the development of an early intervention programme for young children in the United Kingdom", *Children and Society*, 13 : 257-264.
- Glass, N. (2005). "Surely some mistake?", *The Guardian*, 5 January (disponible en ligne : <http://www.guardian.co.uk/society/2005/jan/05/guardiansocietysupplement.childreancesservices>).
- Levitas, R. (2005). *The Inclusive Society ? Social Exclusion and New Labour* (2nd ed.), Basingstoke, Palgrave Macmillan.
- Miliband, D. (2006). "Social Exclusion : the next steps forward", London, ODPM.
- National Evaluation of Sure Start (NESS) (2008). *The Impact of Sure Start Local Programs on Three Year Olds and Their Families*, Sure Start, Report no. 27, London, DCFS.
- Nixon, J. et S. Parr (2008). "Family intervention projects and the efficacy of parenting interventions" in Blyth, M. et E. Soloman (eds), *Prevention and Youth Crime. Is Early Intervention Working ?*, Bristol, Policy Press.
- Social Exclusion Task Force (SETF). *Family Nurse Partnership*, disponible en ligne : http://www.cabinetoffice.gov.uk/social_exclusion_task_force/family_nurse_partnership.aspx (consulté le 12 novembre 2009).
- Townsend, P. (1987). "Deprivation", *Journal of Social Policy*, 16(2) : 125-46.

DOSSIER

Pauvreté et « protection »¹

La *Loi sur la protection de la jeunesse*² a été promulguée le 15 janvier 1979 au Québec essentiellement pour remédier au fait que les enfants étaient placés en trop grand nombre dans des familles d'accueil (foyers nourriciers) et qu'ils faisaient trop souvent l'objet d'arrestation, de comparution et de condamnation en Cour juvénile. Son objectif fut non seulement de solutionner le problème existant, mais aussi de mettre en place un dispositif qui permette d'éviter que pareille situation ne se renouvelle. D'où une préoccupation de type préventif qui se traduira par un discours dont le thème central s'articule autour de la notion de « déjudiciarisation ». Ainsi, le recours à l'intervention judiciaire serait réduit au minimum en raison des traumatismes que peut occasionner pour les parents et pour l'enfant le caractère adversaire du système judiciaire. Le législateur a prévu des « mesures volontaires », sorte d'entente conclue entre parent(s) concerné(s) et la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ) pour résoudre un problème signalé qui menace la sécurité ou le développement d'un enfant, problème dont l'évaluation est confiée à une *personne désignée* (intervenante) social(e).



Laplat, geo. 2008. Certains droits réservés ©

Deux changements importants sont survenus depuis dans le champ des pratiques de protection qui font douter que la volonté du législa-

Léonel Bernard

Chercheur post-doctoral
au CREMIS

teur puisse encore être respectée. Ce sont, d'une part, les amendements apportés à la loi en 2007, qui désormais permet aux parents d'une famille d'accueil d'accéder au statut de parents *légitimes* ou au rôle de tuteur. Et, d'autre part, l'Entente multisectorielle, mise en œuvre en 2001 par le gouvernement du Québec, entente qui exige désormais que les abus physiques, les abus sexuels et l'absence de soins soient déclarés à la police, ouvrant ainsi la voie à d'éventuelles poursuites en Cour criminelle. Les effets combinés de ces deux facteurs sur les pratiques sociales de protection de la jeunesse ne sont pas encore connus. Cependant, dans une recherche antérieure, nous sommes arrivés à la conclusion que certaines catégories de la population, définies notamment en fonction de l'ethnicité et de la condition sociale, font l'objet d'un traitement différentiel quant il s'agit du signalement des jeunes à la DPJ. À cet égard, quels sont les effets potentiels des changements apportés à la loi ?

Surreprésentation « ethnique » et sociale

Nous avons entrepris, en 2001, d'étudier les différences entre les trajectoires de jeunes Québécois d'origine haïtienne (appelés « Haïtiens » dans ce texte) et de jeunes Québécois d'origine canadienne française (appelés « Québécois » ici) dans le système de protection de la jeunesse (Bernard et McAll, 2004). Cette étude fut effectuée à partir de données de 1997. Nous avons alors suivi une cohorte de 200 jeunes âgés de 0-18 ans (exclusivement) signalés à la DPJ, dont 100 appartenant à chaque groupe, et interviewé quinze praticiens dans le cadre d'entretiens semi-directifs. L'idée centrale était que les décisions prises par les praticiens ne peuvent être expliquées et comprises qu'en étant insérées dans l'univers social et juridique dont elles relèvent. Le corpus généré par les questionnaires et les entretiens a été analysé de manière quantitative et qualitative, puis interprété selon une approche synthétique. Les principaux résultats ont été les suivants.

Les jeunes Haïtiens sont 2,17 fois plus susceptibles d'être signalés à la DPJ que les jeunes

Québécois et sont donc surreprésentés au seuil du système. La source principale de signalement des jeunes Haïtiens est constituée par les intervenants sociaux eux-mêmes et la seconde source est l'école. Quant aux parents Haïtiens, ils sont les derniers à signaler leurs enfants, contrairement aux parents Québécois qui sont les premiers à le faire. Les signalements des jeunes Haïtiens sont significativement plus nombreux à être retenus selon le code d'urgence le plus prioritaire (22% des jeunes Haïtiens contre 16% des jeunes Québécois).³ Lorsque leurs signalements sont retenus, les jeunes Haïtiens sont significativement plus nombreux à être retirés d'urgence de leur famille (59% des jeunes Haïtiens contre 45% des jeunes Québécois),⁴ et à ne pas y retourner par la suite (75% contre 57%).⁵ Ils sont aussi significativement plus nombreux à être judiciairisés (68% contre 52% des jeunes Québécois)⁶ et plus nombreux à être recommandés pour un placement (65% contre 50%).⁷

Les facteurs identifiés qui ont une incidence sur le développement et la sécurité des jeunes Haïtiens et qui ont motivé le signalement sont, par ordre d'importance : a) la négligence de type économique (absence de revenu parental stable, « détresse psychologique » parentale, manque de nourriture, privation et soins inadéquats) ; b) les troubles du comportement (mauvaises fréquentations, gestes délinquants, inadaptation scolaire) ; c) les abus physiques. Pour ce qui est des jeunes Québécois, les facteurs identifiés se classent dans l'ordre d'importance suivant : a) la négligence (toxicomanie parentale, délinquance parentale, « détresse psychologique » parentale, manque de nourriture) ; b) les troubles du comportement (fréquentation scolaire irrégulière, non-respect des consignes parentales, problème de toxicomanie) ; c) abus sexuels. Finalement, les jeunes Haïtiens signalés à la DPJ proviennent très majoritairement de milieux socio-économiques défavorisés (80% contre 69% des jeunes Québécois).

Ces résultats suggèrent que les jeunes Haïtiens qui entrent dans le système de protection de la jeunesse, parce qu'ils cumulent des désavantages à chacune des étapes du système et cela

« Ces résultats suggèrent que les jeunes Haïtiens qui entrent dans le système de protection de la jeunesse, parce qu'ils cumulent des désavantages à chacune des étapes du système et cela de manière significative, sont l'objet de discrimination 'systémique' »

de manière significative, sont l'objet de discrimination « systémique » au sens où l'a définie la Cour suprême en 1987.⁸ Elle est due à plusieurs facteurs qui agissent en interaction à des temps ou à des stades d'un processus (Chicha-Pontbriand, 1989). Les explications fournies par les praticiens à l'égard des décisions qu'ils ont prises concernant les jeunes Haïtiens font ressortir leur manque de confiance et de compréhension vis-à-vis des familles haïtiennes, dont la grande majorité vit en situation de pauvreté. Ces résultats démontrent également que presque sept jeunes Québécois d'origine canadienne française sur dix qui sont signalés à la DPJ proviennent de milieux socio-économiques défavorisés et que ces jeunes sont signalés d'abord et avant tout pour la négligence reliée à la toxicomanie parentale, la délinquance parentale, la « détresse psychologique » parentale et le manque de nourriture. La moitié d'entre eux sont judiciairisés et recommandés pour un placement.

Enfin, ces résultats suggèrent l'existence d'un lien de cause à effet entre pauvreté, judiciarisation et placement. Par conséquent, même si leur finalité semble axée sur des principes de protection de l'enfant, les pratiques à l'œuvre dans ce système, à ce moment-là, ont eu pour effet de renforcer les inégalités sociales dans un groupe de jeunes comme dans l'autre, en raison notamment de la précarité des conditions matérielles de la clientèle. En effet, il semble y avoir deux types de surreprésentation ; l'un fondé sur l'ethnicité et l'autre, sur la condition sociale de pauvreté. Dans le cas des jeunes Haïtiens, ces deux types sont combinés.

La loi amendée

À l'égard de ces conclusions, on peut se demander si les changements apportés à la loi auront un effet sur ces deux types de surreprésentation. La pierre angulaire des amendements apportés à la loi, en vigueur depuis le 7 juillet 2007, se retrouve dans l'article 4. En résumé, cet article stipule que l'accent doit être mis sur le maintien de l'enfant dans son milieu familial, mais que si cela n'est pas possible, l'intervention doit tendre vers son placement dans un « *milieu familial normal* » qui soit en

mesure de lui assurer des soins continus et une stabilité correspondant à ses besoins et à son âge. Faire une ouverture vers un milieu substitut pour un enfant qui est en difficulté dans sa propre famille vise à lui assurer le bien-être nécessaire à sa sécurité et à son développement. L'article 4 prévoit qu'un *projet de vie* doit être mis en œuvre dès les premiers moments du placement par la personne désignée, de concert avec l'ensemble des personnes concernées. La durée du placement est désormais limitée dans le temps (un an renouvelable pour un total de 2 ans), pour empêcher que l'enfant ne soit pris dans une attente interminable. Un placement volontaire peut prendre fin soit par un retour au foyer parental, soit par l'adoption, soit encore par le tutorat. Conséquemment, dans le cas d'un non retour au foyer, le recours au système judiciaire devient un passage obligé. Aussi, non seulement l'article 4 ouvre-t-il un passage vers le secteur judiciaire sur le terrain du placement volontaire, mais il y installe un projet dont la nature ne peut être qualifiée de consensuelle ni de conviviale.

Par ailleurs, dans l'article 38, qui définit les facteurs de compromission de la sécurité ou du développement de l'enfant, on a introduit des notions nouvelles telles le *rejet affectif grave et continu* (en référence aux « mauvais traitements psychologiques ») et le *risque sérieux* (en référence à la négligence). Ces notions ne sont pas définies dans le texte de loi et on peut se demander dans quelle mesure elles peuvent servir pour uniformiser des pratiques sociales de protection. Par contre, le cadre de référence et les manuels de pratiques édités par l'Association des Centres jeunesse du Québec semblent pouvoir combler cette lacune, dans la mesure où ils vulgarisent les grands principes de la loi et articulent les pratiques sur des axes de conformité et d'uniformité.

Des questions en suspens

Les fondements de l'Entente multisectorielle adoptée en 2001 s'articulent principalement autour de deux axes qui sont formulés dans les termes suivants : « toute décision au sujet d'un enfant doit être prise dans le respect de ses



Elle vanhoutte, 2009. Certains droits réservés ©

droits et de son intérêt » ; « tout abus sexuel, tout mauvais traitement physique ou toute absence grave de soins menaçant la santé physique d'un enfant est un acte criminel ». Ces comportements sont désormais déclaratoires, c'est-à-dire qu'ils doivent être communiqués aux officiers de justice pénale, notamment aux agents de police, afin que soit déterminée la pertinence ou non d'engager des poursuites criminelles. Dans ce contexte, les signalements concernant de tels comportements sont évalués par une équipe composée d'une *personne désignée*, d'un agent de police et d'un procureur aux poursuites pénales et criminelles. Cependant, à notre connaissance, aucune étude n'a encore été faite au Québec sur l'impact des mécanismes d'orientation instaurés par l'entente sur les pratiques sociales de protection, notamment sur la judiciarisation.

En attendant, mentionnons que dans le *Bilan DPJ 2007-2008* du Centre jeunesse de Montréal Institut universitaire (CJM-IU), il est noté que pour la première fois en trois ans, on a observé une diminution du taux des mesures volontaires au profit des mesures judiciaires (respectivement de 49% et 51%) (p. 6). Il n'existe, à l'heure actuelle, aucun lien avéré entre l'augmentation de la judiciarisation, les changements à la loi et l'application de l'Entente multisectorielle. Mentionnons également

que dans le *Rapport Annuel 2007-2008* du même organisme, il est noté que parmi les signalements retenus, la négligence parentale et le risque de négligence occupent le premier rang. Nous rappelons que la négligence parentale a été signalée dans notre étude basée sur des données de 1997 comme étant un facteur prééminent de compromission de la sécurité et du développement de l'enfant (Bernard et McAll, 2004). Dix ans plus tard, elle occupe encore le même rang.

Par ailleurs, en Ontario, une étude sur les facteurs associés à la décision d'entreprendre des poursuites criminelles à la suite d'un signalement pour abus sexuel ou physique envers un enfant a été entreprise (Trocmé et Tourigny, 2000). Selon les auteurs de cette étude, les facteurs associés aux décisions d'engager des poursuites pénales à la suite d'évaluations d'abus sexuels ont trait à la nature des abus, la nature des séquelles, l'âge de l'enfant (plus il est âgé, plus les poursuites sont probables) et la source du signalement. Pour les abus physiques, trois facteurs étaient associés à de telles décisions : la présence de blessures, la source du signalement et la région de la province où s'est déroulée l'enquête. Cette étude n'a cependant pas fait de comparaison entre le taux des mesures judiciaires et celui des mesures volontaires pour savoir s'il y a une croissance ou une décroissance de la judiciarisation. Aux États-Unis, des recherches effectuées dans les années 1980 et 1990 suggèrent que le quartier, la « race » et la classe pouvaient influencer la décision des agences de protection à déclarer des cas d'abus dont les enfants sont victimes (Runyan *et al.*, 1981 ; Hampton, 1987 ; Lindsey, 1991).

En l'absence d'études, on ne peut savoir si les amendements apportés à la loi ont eu un impact sur la surreprésentation. Nos constats de recherche suggèrent que la capacité du système québécois de protéger les enfants a des limites quand il s'agit d'enfants vivant dans la pauvreté ou appartenant à une minorité « ethnique » « racisée ». On peut craindre que la tendance actuelle qui va vers la judiciarisation ne cible davantage ces enfants et leurs familles.

DOSSIER

« la capacité du système québécois de protéger les enfants a des limites quand il s'agit d'enfants vivant dans la pauvreté ou appartenant à une minorité ethnique. »

Notes

1. Nous remercions les personnes suivantes pour nous avoir aimablement accordé une entrevue dans le cadre de la préparation de cet article : Monique Cauchy, travailleuse sociale, praticienne au Centre jeunesse de Montréal – Institut Universitaire (CJM-IU), Me. Hugues Létourneau, directeur adjoint au Service de Contentieux (CJM-IU), Henri Berteau, adjoint clinique (CJM-IU), Nicole Philippe, intervenante sociale à la DPJ de Trois-Rivières, Marjorie Villefranche et Suzie Boisrond, respectivement directrice et directrice adjointe (Maison d'Haïti).
2. L.R.Q., chap. P-34.1, modifiée en 1989.
3. * $p \leq .05$
4. ** $p \leq .01$
5. *** $p \leq .001$
6. * $p \leq .05$
7. * $p \leq .05$
8. Voir la décision de la Cour suprême du Canada dans *Action Travail des femmes c. Canadien National* (1987) 1 R.C. S. 1114.

Association des Centres Jeunesse du Québec (2008). *Un projet de vie, des racines pour la vie, Cadre de Référence*, 7 juillet 2008, Montréal, Association des Centres jeunesse.

Bernard, L. et C. McAll (2004). « La surreprésentation des jeunes Haïtiens dans le système québécois de protection de la jeunesse », *Interven-*

tion, 120 : 117-124.

Centre Jeunesse de Montréal Institut Universitaire (2008). *Bilan Annuel 2007-2008*, Montréal, Centre jeunesse de Montréal.

Chicha-Pontbriand, M. T. (1989). *Discrimination systémique. Fondement et méthodologie des programmes d'accès à l'égalité en emploi*, Cowansville, Yvon Blais.

Hampton, R. L. (1987). « Race, Class and Child Maltreatment », *Journal of Comparative Family Studies* 18(1) : 113-226.

Loi sur la protection de la jeunesse, L. R. Q. C. P-34.1.

Lindsey, D. (1994). « Factors Affecting the Foster Care Placement Decision : An Analysis of National Survey Data », *American Journal of Orthopsychiatry*, 61(2) : 272-281.

Runyan et al. (1981). « Determinant of Foster Care Placement for the Maltreated Child », *American Journal of Public Health*, 71(7) : 706-710.

Trocmé, N. et M. Tourigny (2000). « Facteurs associés à la décision d'entreprendre des poursuites criminelles à la suite d'un signalement pour abus sexuel ou physique envers un enfant », *Criminologie*, 33 (2) : 7-30.

Les midis du CREMIS

Québécois et Autochtones Renouveler les relations par la co-construction des connaissances

Conférence par Carole Lévesque
INRS

Mercredi le 3 février 2010

12h à 13h30

CLSC des Faubourgs

1250 rue Sanguinet, salle 451

www.cremis.ca

Clix, 2007. Certains droits réservés 

Un chaos créateur

Je fais des suivis de grossesse et de la médecine familiale au CLSC des Faubourgs depuis maintenant un peu plus de cinq ans et cela m'a emmené à suivre de plus en plus d'enfants du quartier. Au fil du temps, j'ai développé une plus grande collaboration avec les intervenantes et intervenants du programme Enfance-famille et j'ai davantage de références pour des enfants ou des familles avec des difficultés. J'ai également commencé à avoir des appels de certaines psychoéducatrices en milieu scolaire qui me contactent pour parler des problèmes que vivent des enfants et obtenir un avis médical.



Lepiat, geo 2008. Certains droits réservés ©

DOSSIER

Samuel Harper

*Médecin
CAU-CSSS Jeanne-
Mance
et
Centre de pédiatrie
sociale Centre-sud*

*Propos recueillis par
Valérie Besner
Revue du CREMIS*

Je remarque donc beaucoup de besoins sur le territoire. Plusieurs familles y vivent de l'exclusion et même, de la grande exclusion. De plus, une difficulté majeure est que certaines familles sont méfiantes vis-à-vis des institutions prodiguant des soins et n'osent pas consulter. Sans que cela soit nécessairement voulu, certaines décisions prises par les institutions sur le plan administratif créent des obstacles supplémentaires pour les familles qui demandent des services.

Je suis fréquemment confronté à des enfants qui vivent de la tristesse, de la colère, des difficultés scolaires, des retards de croissance ou de développement et des abus physiques ou sexuels. Je suis également confronté à des enfants dont on ne respecte pas les droits : le droit à l'éducation, à un logement salubre, à la sécurité alimentaire. L'inadéquation des ressources me fait penser, depuis un certain temps, qu'il doit y avoir une meilleure façon d'aborder ces problèmes.

Autour de la table

Ces constats m'ont emmené à répondre positivement à la

DOSSIER

« *Peut-on considérer que l'éducation d'un enfant relève de la seule responsabilité des parents, quand une multitude d'acteurs y contribue ?* »

proposition de créer un centre de pédiatrie sociale dans le quartier Centre-sud à Montréal. Je me suis intéressé à la pédiatrie sociale avant même de savoir qu'il existait un centre de ce type dans la ville. Un peu par hasard, je suis tombé sur le livre *Soigner différemment les enfants* du Dr. Julien et j'avais trouvé son approche intéressante. Elle ressemblait un peu à ce qu'on souhaitait faire dans notre travail. Un des points forts de la pédiatrie sociale est son approche intégrée. Il s'agit de trouver la manière pour que tous se mobilisent pour le bien-être de l'enfant, qui doit se retrouver au centre de nos préoccupations.

La différence est déjà palpable quant à l'organisation des centres de pédiatrie sociale. La salle de « consultations », c'est une table de cuisine. Cela peut sembler anodin, mais produit toute une différence. Tout se fait sur le mode de la conversation autour d'une table, ce qui diminue la hiérarchie qui se dresse habituellement au bureau du médecin. On se rend compte qu'il y a des choses qui se disent autour de cette table après une heure de rencontre, que le docteur aurait attendu six mois avant d'obtenir ou dont il n'aurait jamais pris connaissance. L'autre particularité est que le médecin ne travaille pas seul, mais rencontre les enfants en équipe. Pour le CPS Centre-Sud, il s'agit de Josée Brodeur, une travailleuse sociale prêtée par le CSSS, qui agira comme coordonnatrice clinique.

La famille peut inviter qui elle désire aux rencontres. Il peut donc y avoir la voisine, la grand-mère ou l'intervenante de la garderie. L'intervenante de la DPJ peut, par exemple, dire ce qui l'inquiète et les autres disent ce qu'ils peuvent faire pour améliorer la situation. Autour de cette table, en une rencontre, se règlent des choses qui normalement nécessiteraient deux ou trois semaines de travail, avec les appels et les suivis. Tout le monde y gagne car on sait vers quoi tendent nos démarches, qu'on peut alors harmoniser. Cela peut sembler un peu chaotique au premier abord, mais c'est un chaos créateur et productif. C'est ce rassemblement d'énergies qui fait la force de la pédiatrie sociale, qui permet d'améliorer les chances de développement d'un enfant tant à l'école

que dans la ruelle.¹

Le « cercle de l'enfant »

Une des méthodes utilisée en pédiatrie sociale est la pratique du « cercle de l'enfant ». Originellement, cette idée provient des communautés autochtones. Leur manière ancestrale de régler des problèmes concernant un enfant, quand on croit qu'il n'y a plus rien à faire et qu'on ne sait plus trop où s'en aller, était de rassembler tout le monde autour de l'enfant pour trouver une solution et dénouer les impasses.

Il s'agit ainsi d'une forme de médiation qui rassemble tous ceux et celles qui comptent pour l'enfant. La personne en charge de la médiation rencontre chacun d'entre eux pour une rencontre préparatoire. On rassemble ensuite ces personnes pour échanger dans un premier temps et trouver des solutions communes pour dénouer l'impasse par la suite. Les enfants sont présents autour de la table lors de ces consultations collectives depuis qu'on s'est rendu compte qu'ils préfèrent assister aux rencontres. Pour avoir la parole, l'individu doit avoir en main un objet qui est important pour l'enfant, par exemple un toutou, et pour parler, il faut qu'il ait le toutou entre ses mains. Pas de toutou, pas de droit de parole, afin que chacun parle à son tour. Le toutou agit également comme symbole de la raison pour laquelle tous sont rassemblés.

La réalité de la famille est souvent méconnue, par exemple, le fait que la mère travaille soixante-dix heures par semaine pour essayer de joindre les deux bouts et qu'elle n'a pas le temps pour faire le souper ou aider pour les devoirs. Face à un tel constat, un membre de la famille élargie peut se proposer pour venir un ou deux soirs par semaine pour donner un coup de main. Les gens disent ce qu'ils peuvent faire. Outre la famille, il y a aussi l'entourage, les voisins et amis. Il y a également le réseau plus large qui regroupe les intervenants du CLSC, de l'école, de la DPJ. Si tout le monde ne peut être présent, il peut y avoir des entretiens préparatoires pour commencer à « débroussailler » un peu les choses et tenter de trouver un terrain d'entente, considérant ce

que chacun est prêt à faire pour le bien-être de l'enfant. Certains juges qui savent qu'il y a un cercle en formation autour d'un enfant décident d'attendre avant de poser un jugement pour retirer l'enfant à ses parents.

Avant de conclure à l'incapacité parentale...

La communauté est un thème qui revient souvent dans la pédiatrie sociale. L'enfant n'est pas perçu comme la seule responsabilité de ses parents. On met souvent toute la responsabilité sur ces derniers, en tant qu'individus. S'ils sont jugés « incapables », on les blâme et l'enfant est retiré de sa communauté immédiate. Peut-on considérer que l'éducation d'un enfant relève de la seule responsabilité des parents, quand une multitude d'acteurs y contribue ? Dans des milieux plus aisés, des parents débordés pourront avoir accès à de l'aide ménagère, à des gardiennes, à un réseau social et à toutes sortes de ressources qui n'existent pas pour certaines de nos familles.

Souvent, on va dire que telle mère n'a pas les habiletés parentales, n'est pas bonne, n'est pas capable et constitue un danger pour son enfant. On le place en famille d'accueil et, par la suite, la mère ne verra l'enfant que deux fois par semaine pendant une heure. Elle recevra quelques conseils sur l'habileté parentale et, trois mois après, on lui dira qu'elle ne s'est pas beaucoup améliorée et on ne lui redonnera pas la garde de son enfant. Comment travailler ses habiletés avec un tel suivi ? Si personne ne croit en elle, comment va-t-elle trouver la force de se battre contre un système et réussir à trouver la force de surmonter ses propres difficultés ? Avant de conclure à l'incapacité parentale, il est impératif que tout soit fait pour aider ces parents.

Lire une histoire

J'aimerais que les droits de chaque enfant du quartier Centre-sud soient respectés et que celui-ci puisse réaliser son potentiel. Il y a beaucoup d'intelligence et de talents gaspillés à cause d'un système économique basé sur les inégalités. Des gens sont en bas et y sont maintenus. Cette inégalité n'est bien sûr pas un



Eron, gposts, 2007. Certains droits réservés ©

problème médical, mais politique et social. Par contre, au niveau médical, nous pouvons aider ces enfants à atteindre leur plein potentiel. Je vois dans ma pratique que la stimulation en bas âge peut faire une grande différence. L'enfant qu'on stimulera et à qui on lira une histoire aura une vie différente de celui qui est resté assis dans sa poussette toute la journée. Il sera plus éveillé, aura plus d'imagination, de projets. Dans le développement de la personnalité, il y a plusieurs blocs fondamentaux dont l'identité, l'attachement et le sentiment d'estime de soi. L'attachement ou l'identité peuvent être fragilisés suite à des placements fréquents. Réussir certaines choses et te faire dire que les gens sont fiers de toi contribuent à renforcer l'estime de soi.

Avec le centre qui ouvrira bientôt, je souhaite rejoindre les gens qui ne sont pas rejoints par les services institutionnels, notamment les enfants qui ont des difficultés. Les références viendront probablement d'un peu partout, notamment des écoles. Des enfants qui n'ont pas été vus avant d'entrer à la maternelle ou à l'école peuvent alors être dépistés. Nous avons également de bons liens avec l'équipe Enfance-famille du CSSS et voulons en créer d'autres avec les centres de la petite enfance (CPE) et les organismes communautaires. J'imagine que lorsqu'on se fera connaître, des familles, inquiètes pour leur enfant, viendront par elles-mêmes.

J'aurai probablement à m'occuper autant d'enfants avec des troubles affectifs que physiques selon l'approche globale qui caractérise la pé-

diatrie sociale. À l'université, nous avons appris une médecine très biologique. Nous avons appris à nous focaliser sur les symptômes, le diagnostic et les soins à donner. La pédiatrie sociale, au contraire, nécessite de prendre en compte une multitude de facteurs et notamment, les conditions de vie. Par exemple, pour une famille qui vit dans un appartement insalubre, nous pourrions faire les démarches avec le propriétaire pour faire enlever les moisissures.

La mise en place

L'équipe d'un centre de pédiatrie sociale doit travailler de façon interdisciplinaire et égalitaire. Il s'agit d'ailleurs d'un des critères d'affiliation. Il y a moins de division du travail dans ce type de centre. Dans certains milieux, les gens défendent leur domaine d'expertise, alors que la réalité est plus fluide. Un médecin peut faire du travail social dans sa pratique tout comme les actions d'un travailleur social peuvent dépasser les tâches telles que définies.

Dans une petite équipe, tout le monde se parle et il est facile de se « retourner de bord » en cas de problèmes. À sept ou huit intervenants, on peut ajuster le tir plus rapidement. Dans un établissement où il a plus de deux cents employés, ce partage est difficile voire impossible ; souvent les médecins se retrouvent entre médecins et les travailleurs sociaux entre eux. Le centre sera également un lieu de formation en pédiatrie sociale pour les médecins, les stagiaires en travail social, orthophonie, éducation spécialisée.

En ce qui concerne le Centre-sud, on est encore au tout début des contacts avec les partenaires. Des tables de concertation zéro-cinq ans et six-douze ans ainsi que divers organismes ont pu être rencontrés et des liens ont été créés avec la Commission scolaire, qui fournira notamment des locaux pour le centre. Du côté de l'organisation, les plans sont dessinés et si tout va bien, le centre devrait être fonctionnel au printemps 2010. Les locaux sont situés dans l'école Champlain, au coin de Fullum et Ontario, un lieu assez central et stratégique. Pour l'instant, nous fonctionnons de façon « itinérante » : usage de locaux au CLSC, visites

à domicile, dans les écoles ou les CPE.

Il va falloir que nous évoluions et nous nous adaptions à la réalité du Centre-Sud. Ce n'est pas une franchise ou une succursale de pédiatrie sociale qui s'ouvrira. Il s'agit d'une entité indépendante, avec son conseil d'administration et son fonctionnement propres. La fondation Chagnon nous a remis de l'argent pour le démarrage.² Par la suite, nous sommes responsables de trouver nous-mêmes notre financement.

La mise en place de ce centre prendra du temps. Ce n'est pas parce qu'il s'agit d'un centre de pédiatrie sociale que les gens qui étaient méfiants, tout à coup, ne le seront plus. Il faudra gagner et mériter la confiance des familles. Nous ne voulons pas redoubler les services qui fonctionnent déjà bien. Par exemple, dans le cas de l'aide aux devoirs, beaucoup de groupes ou d'organismes sont installés dans le quartier depuis longtemps et offrent un très bon service. Bien que certaines questions subsistent, par exemple, en ce qui concerne le développement d'une culture du « travailler ensemble », nous avons la chance de nous implanter dans un quartier dynamique et cette approche semble très porteuse pour le bien-être des enfants qui y vivent.

Notes

1. L'approche de base en pédiatrie sociale se résume sous l'acronyme APCA. Il s'agit en premier lieu d'« apprivoiser » l'enfant et sa famille. Ensuite, il s'agit de « partager ». La discussion porte sur les forces de l'enfant, sur ses difficultés, sur son contexte de vie et les multiples facteurs qui influencent sa situation. Il s'agit de regarder plus loin que le symptôme et de ne pas se centrer seulement sur les difficultés de l'enfant ou les « lacunes » de la famille. La prochaine étape, « comprendre » va plus loin que le simple fait de « diagnostiquer », mais implique le fait d'avoir une compréhension mutuelle de la situation. Ensuite, vient l'« agir », qui implique les intervenants du CPS, la famille, les intervenants du réseau et en fin de compte, toute la communauté. Cette action comprend le traitement médical nécessaire, mais aussi la mise en place de mesures afin de faire vivre des succès à l'enfant et de défendre ses droits. Les intervenants d'un centre de pédiatrie sociale, comme tous les citoyens de la communauté, ont également un rôle d'*advocacy*, de défendre les droits de ces familles sur la place publique.

2. À travers un don à la fondation du docteur Julien pour le démarrage des cinq premiers centres de pédiatrie sociale.

Pratiquer la médecine en CLSC

PRATIQUES

En tant que médecins en CLSC, nous faisons un peu de tout. Nous voyons des patients au bureau, nous faisons de la clinique sans rendez-vous et des visites à domicile. Le CLSC des Faubourgs compte trois points de services : Visitation, Parthenais et Sanguinet. Ce sont des populations très variées mais si on veut caricaturer, sur Visitation, nous sommes dans le quartier gai, alors la clientèle est reliée à ces questions ; sur Parthenais, on parle plutôt de familles monoparentales et sur Sanguinet, on parle d'une clientèle itinérante. Auxquelles s'ajoutent sur tout le territoire les personnes âgées et en perte d'autonomie. La population immigrante s'accroît, avec les problèmes que cela comporte au niveau de la communication et au niveau culturel.



SkidX, 2009. Certains droits réservés ©

Lorsqu'une personne voit sa situation s'améliorer, elle quitte le secteur et est remplacée par des étudiants ou des gens à l'aide sociale. Avec l'augmentation du coût de la vie, ces populations font difficilement face aux problèmes qu'elles rencontrent. Au niveau de la santé, en lien avec cette situation socio-économique précaire et les habitudes de vie, les problèmes de santé apparaissent plus tôt dans la vie, par exemple, la haute pression, l'obésité et les maladies cardio-vasculaires.

Denise Fréchette

Médecin
Chef de l'unité de
médecine familiale
CAU-CSSS Jeanne-
Mance

Propos recueillis par
Baptiste Godrie
Revue du CREMIS

Conditions de vie et de travail

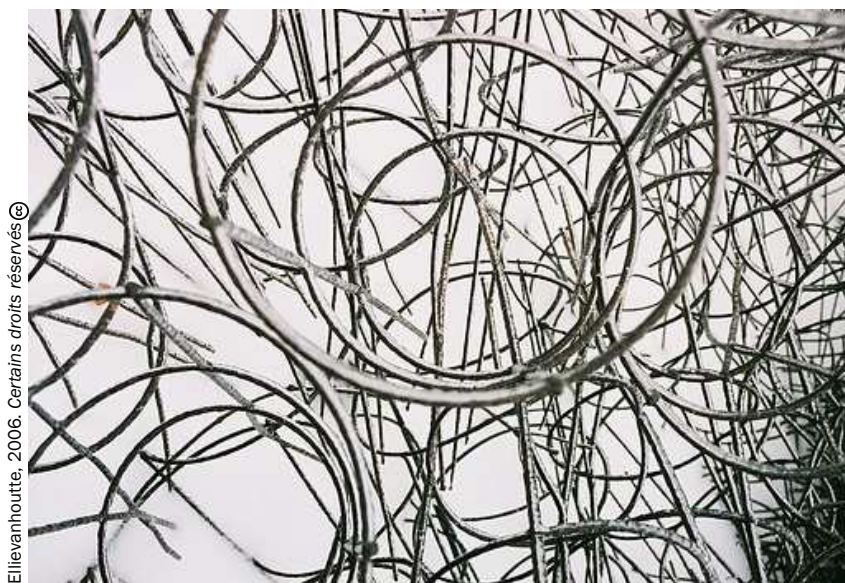
Les personnes à faible revenu ont une moins grande diversité alimentaire. Certaines disent « je n'ai pas de sous pour des légumes frais », surtout pendant l'hiver quand le céleri, par exemple, est vendu jusqu'à quatre dollars la pièce. Elles n'ont pas de ressources pour ces produits frais et se rabattent sur les conserves. Il y a aussi des personnes en chambre qui n'ont parfois pas de frigo ou de cuisinière pour se faire à manger. Sur le territoire, 40% des ménages consacrent plus de 30% de leurs ressources pour le loyer. Ça fait qu'il ne reste pas grande chose pour les vêtements et la nourriture. Ils vont dans des cuisines collectives et fréquentent des ressources d'aide alimentaires.

De plus, 30% des personnes sur le territoire sont sur l'aide sociale et n'ont pas de travail régulier. Il y a des patients qui disent « si j'avais un emploi, ça irait mieux ». Je vois des patients déprimés. Dans bien des cas, la source du problème est sociale et non médicale. Il y a un taux de chômage élevé sur le territoire. Plusieurs travaillent dans la téléphonie et la vente. Ce sont des emplois frustrants avec des conditions de travail difficiles. Il y a de la pression et on en demande toujours plus, ce qui amène des problèmes comme le *burn out*. Beaucoup n'aiment pas leur emploi, mais disent « si je le quitte je vais en subir les conséquences ». Cer-

taines personnes acceptent deux ou trois emplois pour joindre les deux bouts, ce qui pose des problèmes de sommeil et fait que les enfants sont laissés à eux-mêmes.

Le long terme

Comme médecins, on a plusieurs façons d'agir face à cette situation. Au niveau de la prise en charge, lorsqu'on rencontre un patient pour la première fois, nous faisons une évaluation de ce qu'il fait dans la vie afin de le situer. Ce qui est encore plus parlant, ce sont les visites à domicile qu'on peut effectuer dans le cas des personnes à mobilité réduite ou en perte d'autonomie qui ne peuvent plus venir au CLSC. Cela vaut beaucoup de discussions sur la façon dont elles vivent ; il s'agit juste de regarder. C'est important de se déplacer, de voir comment les choses se passent. On rencontre beaucoup de personnes âgées et des personnes sur l'aide sociale. Ce sont deux populations très démunies sur le territoire, dont plusieurs ont peu de support de la famille et des amis. Une fois chez elles, on ne se gêne pas pour, poliment, jeter un coup d'œil dans le frigo et voir s'il y a des aliments périmés. On regarde aussi l'ergonomie du logement, par exemple, un petit tapis mal fixé qui peut entraîner la chute. Ce sont parfois des personnes qui vivent avec le strict minimum – rien dans le frigo, pas de meubles – tout en parlant de leur situation avec pudeur.



Ellelevanhoutte, 2006. Certains droits réservés ©

Une de nos forces, qui est également une des raisons pour lesquelles je suis venue en CLSC, est le travail d'équipe. On a une infirmière dans le Groupe de médecine familiale (GMF), ce qui permet de prendre du temps sur les questions d'alimentation et sur les problèmes immédiats à régler. L'accueil social nous aide beaucoup. Par exemple, lorsqu'une personne n'a rien dans le frigo, on peut organiser quelque chose pour elle. Souvent, on a tendance à regarder ce qui ne va pas, mais c'est important de regarder nos forces aussi – l'équipe élargie et pas simplement l'équipe médicale. Comme je dis souvent, le patron,

c'est mon patient. J'essaie de lui donner tout ce que je peux.

Une préoccupation que j'ai comme médecin depuis longtemps est la modification des habitudes de vie des jeunes, en lien notamment avec l'obésité, le diabète et le tabagisme, auxquelles s'ajoute le manque d'activité physique. Certains de ces problèmes arrivent pour ces populations dix ans plus tôt que dans d'autres groupes. Les adolescents sont branchés sur la télé et l'ordinateur. Je vois nos patients manger dans des McDo sur Ste-Catherine. Ils n'ont pas ce qu'il faut à la maison et se retrouvent dans des endroits où la nourriture est peu chère et rapide. De plus, l'alimentation est riche en graisses et en glucides. La publicité s'adresse aux jeunes pour placer les produits. L'école essaie de combler cela en partie, mais c'est insuffisant. C'est là où l'interdisciplinarité et la prévention ont un rôle important à jouer.

Nous donnons des services à des patients que l'on suit dans le long terme, alors que dans certaines cliniques, des médecins prennent les patients qui rentrent et qui sortent sans avoir de responsabilité à long terme envers ces derniers. Le Groupe de médecins de famille – qui regroupe également les médecins de l'Unité de Médecine Familiale (UMF) – suit une clientèle qui nous appartient et dont nous avons la responsabilité. En raison du manque de médecins à Montréal, tous les patients n'ont pas de médecin de famille et la clinique sans rendez-vous leur permet de nous consulter pour un problème ponctuel.

Le choix du milieu

Depuis deux ans, je suis chef de l'UMF. J'orchestre la formation des résidents de médecine de famille, qui est un programme de deux ans. En tant qu'enseignants, nous nous assurons que la formation est optimale au niveau de la forme et du contenu, puisque nous avons des comptes à rendre à l'université. Le territoire teinte la formation des médecins à deux niveaux. Quand je suis arrivée ici, il y avait des pathologies que j'avais moins vues ailleurs, comme les hépatites, le VIH ou les problèmes de santé mentale. On doit pédaler vite au début

pour se mettre à jour sur des pathologies prévalant.

Les médecins-résidents qui choisissent de venir ici ont déjà une sensibilité par rapport à ces pathologies, aux conditions socio-économiques et leur intérêt est parfois déjà orienté vers l'itinérance ou la toxicomanie. Ce sont souvent des personnes qu'on a eues comme stagiaires ou qui connaissent la réputation du milieu. Quand on fait le décompte, il y a en a beaucoup qui continuent à pratiquer sur le territoire ou en CLSC et cela, d'autant plus avec les années. Cela facilite notre recrutement. La majorité des médecins de l'UMF sont passés par notre formation.

Notre contrainte se situe au niveau ministériel, notamment avec les Plans régionaux d'effectifs médicaux et les Activités Médicales Particulières (AMP). Dans le cadre des AMP, on oblige les médecins qui ont moins de vingt ans de pratique à faire des activités jugées prioritaires par le Ministère de la Santé et des Services sociaux et qui sont moins bien couvertes. Ces activités peuvent être des soins prolongés en Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD). On sait que lorsque les résidents sortent, ils ne sont pas attirés par les CHSLD, mais par l'action et l'urgence. Si tu veux travailler dans un milieu, tu dois donner de ton temps pour ces activités. On demande aux jeunes médecins de faire leur nombre d'heures en AMP mais le reste du temps de se joindre à nous pour faire, par exemple, des visites à domicile. Certaines AMP rejoignent la spécificité du territoire, comme le cas des patients en traitement à la méthadone. Les Plans régionaux d'effectifs médicaux fixent de leur côté le nombre de médecins qui s'installent sur l'île de Montréal, ce qui fait que les nouveaux finissants ont plus de difficulté à rester sur l'île et

« le patron, c'est mon patient. J'essaie de lui donner tout ce que je peux. »

vont combler des postes ailleurs où les besoins sont tout aussi criants.

Mises en garde

Dans le cadre de la formation des résidents, nous avons un club de lecture d'articles scientifiques. Les résidents choisissent les articles qui leur parlent et nous les critiquons. Nous regardons leur méthodologie, leur construction, leur validité scientifique et leur applicabilité. On peut avoir des articles bien faits, mais sont-ils vraiment applicables dans la pratique de tous les jours ? La réponse n'est pas évidente, car l'applicabilité dépend beaucoup de la population qu'on soigne. On sait que 30 minutes de marche font une différence. On le dit à nos patients, mais comment l'appliquer et faire en sorte que cela ait un impact ? Ce n'est pas parce qu'un article est publié qu'il faut nécessairement changer l'ensemble de nos comportements. L'industrie pharmaceutique exerce des pressions pour l'utilisation de médicaments qui coûtent cher et qui apportent des améliorations parfois minimales par rapport à l'arsenal déjà en notre possession.

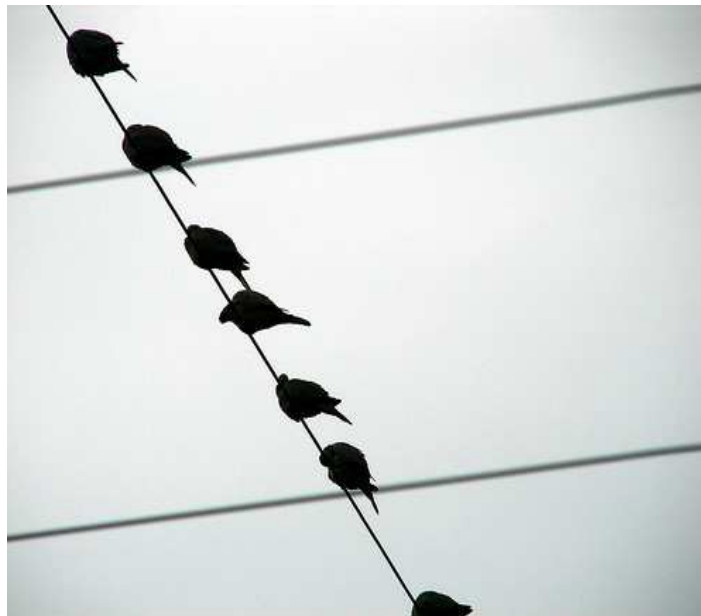
On essaie de mettre les résidents en garde et de les amener à cette réflexion : « Pourquoi as-tu choisi ce traitement plutôt qu'un autre ? Est-ce que c'est ton choix ou est-ce que cela t'a été suggéré lors d'un congrès par un représentant d'une compagnie ? » Je leur demande à qui rapporte le plus cet énième vaccin pour les bébés : au patient ou à l'industrie pharmaceutique ? Mais les choses changent. Les résidents eux-mêmes nous en parlent et ont parfois une longueur d'avance sur nous. Par exemple, si tel repas est financé par telle compagnie, ils ne veulent pas y aller. Mais tout ce qu'on nous apporte n'est pas mauvais; il n'y a qu'à regarder l'espérance de vie de la population qui progresse grâce aux avancées médicales.

Avec l'arrivée de l'Internet, une tranche de la population vient nous voir avec des questions beaucoup plus pointues. Ils ont déjà une idée de ce qu'ils veulent et de ce dont ils ne veulent pas. Ils m'apportent par exemple des articles sur les Omégas 3. Et je trouve cela intéressant. Mon rôle rejoint celui auprès des résidents. Je

guide les patients dans leur questionnement. Ce n'est pas parce que c'est écrit sur l'Internet que c'est valable. J'essaie également de les mettre en garde par rapport aux médecines douces, qui sont en vente libre. Je leur conseille, par exemple, de regarder s'il y a un numéro d'identification sur la bouteille indiquant que ce médicament a reçu une évaluation. N'importe qui peut se dire expert de n'importe quoi et il n'y a pas forcément de contrôle. Il faut se questionner sur la dichotomie entre médecine traditionnelle et médecine douce. Autant il faut être prudent envers la dernière molécule que les compagnies pharmaceutiques essaient de nous faire avaler, autant les patients qui sont critiques de la médecine traditionnelle sont prêts à avaler n'importe quoi s'ils ont vu une publicité à ce sujet. C'est stimulant car cela nous empêche de dormir sur nos lauriers et de prescrire toujours la même chose. Cela évite le côté paternaliste qui a régné longtemps et qui est remis en question face à des patients beaucoup plus proactifs, qui n'acceptent plus n'importe quoi sans explications. C'est avantageux pour le traitement, car mieux le comprendre aide à avoir une meilleure adhésion à celui-ci et, possiblement, à produire de meilleurs effets.

De la rue au Chez-soi

Les personnes qui se trouvent à la rue sont dans un mode « survie ». Elles peuvent avoir vécu des deuils, des pertes (par exemple, un placement pendant la jeunesse, le placement de leurs propres enfants par la suite, la perte d'un emploi ou d'un conjoint) et avoir de la difficulté à développer des liens avec autrui. Elles ont parfois eu des expériences négatives avec le réseau institutionnel et se sont progressivement désolidarisées par rapport à ce dernier. Elles ont tendance à s'isoler et la maladie prend de plus en plus de place dans leur vie. À l'occasion, cela peut poser des problèmes de santé publique : vivre en dessous d'un viaduc et se réchauffer avec des sacs de vidange ou des



Visualpanie, 2007. Certains droits réservés©

couvertures qui traînent ne favorisent pas des conditions de vie salubres. Quand quelqu'un propose de l'aide à une personne, mais que cela fait quinze fois qu'elle a été abusée, elle ne fera pas facilement confiance. À cela s'ajoutent parfois des pertes de contact avec la réalité et le fait qu'après plusieurs années, la rue devient sa « maison ».

Plusieurs intervenants essaient d'entrer en contact avec ces populations. Il y a, par exemple, l'Équipe Itinérance du CSSS Jeanne-

DÉMARRAGES

Jason Champagne

Chef d'administration de programmes
Projet Chez-soi
CSSS Jeanne-Mance

Propos recueillis par
Baptiste Godrie
Revue du CREMIS

DÉMARRAGES

« Les responsables de ces services sont cependant souvent réfractaires à recevoir les personnes marginalisées quand elles ont un problème de santé mentale et de toxicomanie. Les milieux de la psychiatrie et de la toxicomanie 'se renvoient habituellement la balle' pour expliquer leurs problèmes. »

Mance et des travailleurs de rue du YMCA, qui font de l'intervention dans le milieu (*outreach*) et vont à la rencontre des personnes à la rue. Le défi est de les amener vers le réseau. Le premier contact est crucial : « est-ce que tu aimerais venir au CLSC prendre une douche ? ». Souvent, les gens se dévoilent et disent : « J'ai mal aux pieds, j'ai mal aux jambes ». La santé est une porte d'entrée qui nous permet d'amener les gens vers les services.

Les responsables de ces services sont cependant souvent réfractaires à recevoir les personnes marginalisées quand elles ont un problème de santé mentale et de toxicomanie. Les milieux de la psychiatrie et de la toxicomanie « se renvoient habituellement la balle » pour expliquer leurs problèmes. Selon certains, celles-ci sont avant tout alcooliques et toxicomanes, avec un problème de santé mentale arrivant par la suite. Le milieu hospitalier demande souvent de régler d'abord le problème de toxicomanie, avant de voir s'il y a un problème de santé mentale. D'autres, qui travaillent dans le domaine de la toxicomanie, ont plutôt tendance à dire que la personne consomme pour soulager sa souffrance ; il y a une zone grise.

Le projet Chez-soi

C'est dans ce contexte où un nombre considérable de personnes vivant dans la rue ont des problèmes de santé mentale, qu'a été mis sur pied le projet *Chez-soi* par la Commission canadienne de la santé mentale. Le CSSS Jeanne-Mance, en tant que centre affilié universitaire, participe à ce projet en collaboration avec l'Institut universitaire Douglas et le Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM).¹ Le projet se déroule dans cinq villes – Vancouver, Toronto, Winnipeg, Montréal et Moncton – pour une période de quatre ans. Il vise à évaluer les coûts pour le réseau et les bénéficiaires pour la population visée, d'un type d'intervention qui met l'accent sur l'accès rapide au logement et un suivi clinique soutenu.

À Montréal, trois cents personnes vont recevoir un suivi clinique dans le cadre du projet. Un groupe de cent personnes, avec des besoins modérés sur le plan de la santé mentale, sera

suivi par une équipe de l'organisme *Diogène* par le biais de services « d'intensité variable » (SIV). Le CSSS Jeanne-Mance a la responsabilité d'organiser deux équipes pour suivre cent personnes ayant des besoins jugés « élevés » de manière « intensive » dans le milieu et cent personnes ayant des besoins jugés « modérés » avec des services d'une intensité variable. Un partenariat est établi avec le CHUM pour obtenir l'aide de deux psychiatres. Tout en fournissant un suivi clinique pendant quatre ans, l'objectif du projet est de trouver rapidement des logements sociaux ou privés pour les participants, en leur fournissant un soutien financier pour les aider à payer le loyer. Certains participants pourront bénéficier d'un programme d'aide pour le retour sur le marché du travail. En complément, deux cents autres personnes seront assignées aléatoirement à des groupes témoins et continueront à recevoir les services habituels.

Livrées à elles-mêmes

Pour l'équipe de « suivi intensif dans le milieu » (SIM), les personnes qu'on devrait desservir sont livrées à elles-mêmes dans les réseaux

institutionnel et communautaire. Elles sont laissées pour compte dans le réseau institutionnel parce qu'elles ne s'y présentent pas ou parce qu'elles s'y présentent en état de crise et on ne se dépêche pas de les assister en raison de leur condition de personnes itinérantes. C'est le phénomène des portes tournantes : plus vite la personne est sortie de l'Urgence, moins on a besoin de s'en occuper. Cette population fait régulièrement appel au communautaire, mais ce dernier est-il assez équipé pour les desservir ? On ne peut demander à un refuge d'aider quelqu'un qui est délirant, paranoïaque, incontinent ou qui a de la difficulté à marcher. Ce n'est pas un hôpital ; ils ne sont pas équipés pour cela.



Fd, 2006. Certains droits réservés ©

Ce sont ces clientèles qui sont ciblées par l'équipe SIM dans le projet *Chez-soi* ; des personnes qui sont « barrées » dans les ressources en raison de leur comportement. C'est pour cela que ce projet peut être vu comme complémentaire à l'offre de services actuelle aux personnes itinérantes. D'excellentes choses se font depuis des années à Montréal et feront l'objet d'un des volets de recherche du projet. Les réseaux institutionnel et communautaire ont introduit des améliorations au niveau, par exemple, du logement social, du suivi, des places d'hébergement d'urgence et des appartements supervisés avec une clientèle volontaire. Mais il y a des laissés-pour-compte. Une infirmière qui intervient dans le milieu peut avoir la responsabilité de cinquante personnes dans cette situation. S'ajoutent à cela les personnes « barrées » dans les ressources, celles rejointes

par d'autres travailleurs de rue et celles qui ne veulent pas aller dans les refuges. Va-t-on arriver à les desservir ? Il est à espérer que ce soit ces personnes-là qui seront recrutées dans le cadre du projet.

Défis

Il y a cependant des défis dans la mise en marche d'un projet d'une telle envergure. Un premier obstacle est d'obtenir le consentement de la personne. Une personne qui ne va pas bien peut être en perte de contact avec la réalité et ne pas consentir à participer au projet. Il faut ainsi établir un contact avec elle au bon moment et, si possible, à travers des personnes qui ont déjà établi un lien avec elle. Une fois sélectionnée comme participante au projet, le premier pas est de l'aider à se trouver un logement. On part de la prémisse qu'aussitôt recrutée, la personne doit avoir un toit sur la tête. Ce n'est qu'après qu'on peut travailler avec elle. Actuellement, nous n'avons pas atteint notre vitesse de croisière sur ce point. Dans les faits, on recrute des gens et les services cliniques se mettent en place autour de la personne en attendant qu'elle ait son logement.

Il y a certains paradoxes. L'idée au cœur du projet est d'aider la personne dans son rétablissement. C'est donc la personne elle-même qui décide du genre de logement qu'elle veut et de sa localisation. Toutefois, un logement dans un quartier donné ne se trouve pas en trois jours. Un autre problème est le manque de moyens économiques. Par exemple, si on est le huit du mois, il y a fort à parier que la personne n'ait pas un sous en poche. Il va falloir attendre la fin du mois pour qu'elle puisse signer le bail et payer son loyer. Du huit au premier du mois prochain, elle va demeurer dans la rue. On travaille actuellement pour trouver des solutions.

D'autres difficultés risquent de se présenter dans la recherche d'un emploi. Dans les deux équipes de suivi d'intensité variable, il y a des intervenants engagés pour aider les personnes qui veulent trouver du travail. Mais pour retourner au travail, il faut avoir un logement. Sans logement, une personne peut être dans l'obli-

gation d'être à trois heures de l'après-midi au refuge afin d'avoir une place pour la nuit. Si on veut dîner dans les ressources, il faut être là entre midi et deux heures. Et comment rejoindre la personne pour une entrevue ? Les gens n'ont souvent pas accès à l'Internet. Chercher du travail dans ces conditions peut être difficile et stigmatisant. Là aussi il faut expérimenter d'autres façons de faire, avec l'aide de chercheurs et d'intervenants spécialisés dans le domaine.

Se pose également le défi de la participation. Un comité d'« Ex-pairs » existe déjà et réfléchit avec d'autres pairs ailleurs au Canada sur le rôle qu'ils vont jouer dans les comités, équipes et instances décisionnelles. C'est un des aspects les plus innovateurs du projet qui nous mène sur un terrain peu exploré et oblige déjà à repenser les rapports entre chercheurs, intervenants, gestionnaires et la population concernée par le projet. Ici aussi, la réalité nous oblige à inventer.

Nous n'abandonnerons pas les personnes à la fin du projet. Le CSSS Jeanne-Mance a une responsabilité populationnelle et des actions sont déjà posées en ce sens. Nous travaillons actuellement à aider les participants à garder leur logement. Ce défi se posera moins pour les personnes que le projet aura aidées à trouver un emploi, à avoir accès à un logement social avec plafonnement du loyer, ou encore, à celles qui reçoivent le barème le plus élevé à l'aide sociale en raison de leur condition de santé.

Malgré ces défis, je suis convaincu que le projet nous permettra d'apprendre et, le cas échéant, d'innover dans nos pratiques vis-à-vis d'une population qui en a besoin et qui est largement laissée à elle-même.

Note

1. D'autres informations sur le projet *Chez-soi* sont disponibles sur le site : <http://www.mentalhealthcommission.ca/Francais/Pages/Litinerance.aspx>



Greenlander, 2006. Certains droits réservés ©

**Atelier international de Recherche et d'actions
sur les discriminations et les inégalités
Paris et Lille, octobre 2009**

Le couloir des discriminations croisées

ÉVÉNEMENTS

Septembre 2009. Dans un sous-sol quelque part dans le nord de Montréal. Un musicien et une danseuse discutent ensemble.

- Mais, au juste, qu'est-ce qu'on va faire là-bas ? Et qui sont les autres ?
- Euh... c'est pas encore très clair... Les autres, ce seront tous des chercheurs, des gens assez calés dans les questions de discrimination.
- Ah oui ? Super... mais... nous, on n'est pas des experts. Qu'est-ce qu'on va bien pouvoir dire qu'ils n'auront pas déjà entendu mille fois... ?
- On ne sait même pas si on va participer aux discussions. Peut-être qu'on va rester entre nous. On est là pour que le fruit des réflexions sorte des tables de discussions... pour les diffuser à travers l'art.
- Qu'est-ce qu'on fait alors ?
- On pourrait se mettre à créer comme groupe... faire des jeux, apprendre à connaître nos forces et nos faiblesses.

Charles-Antoine
Guillemette

*Intervenant auprès des
jeunes
Membre du collectif
CréArt*

Sans le savoir, nous étions déjà en plein processus de déconstruction de préjugés.

Tout ce que nous avons au départ, c'était une thématique proposée par le CREMIS, le croisement des discriminations, et un point de chute, le vendredi 23 octobre à Paris. Le collectif CréArt existe depuis presque trois ans et, à l'image de la création spontanée et fugace, ses membres sont constamment en mouvement. D'une création à une

autre, de nouvelles têtes surgissent, des anciens reviennent, les vétérans subsistent... Réunis quelques semaines avant le départ, nous avons pu constater une diversité surprenante au sein du groupe : origines, talents, façons de s'exprimer et façons d'être. Considérant la disparité de



Fd. 2006. Certains droits réservés ©

nos champs d'expertise, ce fut un véritable plaisir que de se découvrir les uns et les autres à travers la création collective, dans un contexte excluant la compétition. La perspective de partir en voyage nous allume, nous fait rêver et nous encourage à nous ouvrir les uns aux autres – certaines personnes s'épanouissant mieux loin de leur milieu social. Au cours de ce voyage, pas le temps de nous installer, pas le temps de se créer un chez-soi : notre chez-soi, ce sont les rames de métro, les salles de travail, les cafés où on se détend le soir venu et, surtout, l'espace social qui s'est créé entre nous, avec les amitiés qui se forment, les gens qu'on découvre sous un autre jour et soi-même qu'on croyait connaître...

En arrivant, nous ne ressentons aucune distance avec les autres et participons aux réflexions sans même que la question ne se pose. Rester dans notre coin ? Hors de question. Notre curiosité est trop forte et nous sommes mis sur un pied d'égalité avec les autres participants, familiers dans les questions sociales. Dans la salle de travail, pas de fausse convenance, mais un respect bien senti.

Nous sommes une trentaine de personnes. Les équipes de réflexion sont divisées au hasard – qui fait bien les choses ici – et il y a un incroyable brassage d'idées et de personnalités. Les discussions tournent autour des facteurs causaux des discriminations croisées et des moyens pour limiter leurs effets néfastes. Quel est le rôle de la famille, de l'école, du milieu de travail, du gouvernement ? Quels sont les processus cognitifs en cause ? Faut-il se donner des moyens d'action contraignants ? Sous quelle forme ? Dans quel contexte ? L'art peut-il vraiment changer les choses ? Au bout d'une fin de semaine de réflexion intense sur les causes et les moyens, nous optons pour la création



Cosmonautruski, 2008. Certains droits réservés ©

L'atelier international de Recherches et d'actions sur les discriminations et les inégalités (RADI) s'est déplacé à Paris et à Lille du 17 au 23 octobre 2009 pour permettre à des Français, Belges et Québécois de poursuivre la réflexion et les actions entamées sur le croisement des différents types de discrimination lors d'une rencontre au CREMIS, à Montréal, en mars 2009. Dix-sept Québécois étaient du nombre, notamment des étudiants, des chercheurs du CREMIS et des artistes du Collectif CréArt. L'atelier a été organisé par le CREMIS en collaboration avec l'Office franco-québécois pour la jeunesse (OFQJ), la mairie de Bondy, la mairie de Tourcoing et la Clé Nord-Pas de Calais. Une pièce de théâtre citoyen a été montée et présentée devant public à Paris le 23 octobre.

d'une œuvre théâtrale qui présentera des résultats de recherche et des expériences personnelles et professionnelles des participants sous les thèmes des discriminations croisées et de leurs impacts.

Après trois jours à Paris, direction Lille, une ébauche de ce que pourrait être la pièce prend forme. Par la suite, nous sommes appelés à nous auto-organiser pour travailler sur les thèmes qui ont émergé des ateliers de discussion (par exemple, sur l'enfance, les conditions de travail, les rapports de genre, le racisme) selon notre préférence. La pièce commence tranquillement à se former dans l'esprit des partici-

ÉVÉNEMENTS

« Se déroulant autour de l'histoire d'un personnage central, de la naissance à la mort, elle intègre des éléments de la recherche et de l'expérience des participants afin d'éclairer et de soutenir l'action dramatique. Il n'y a pour ainsi dire pas de fiction, mais une représentation pluri-artistique de faits vécus, ce qui donne force et intégrité aux discours. »

pants. S'inscrivant dans une longue tradition de théâtre populaire, notre pièce se veut à la fois dénonciatrice, humoristique et informatrice. Elle inclut mimes, musique, dialogues, chant, danse, cirque et projections de photos. Se déroulant autour de l'histoire d'un personnage central, de la naissance à la mort, elle intègre des éléments de la recherche et de l'expérience des participants afin d'éclairer et de soutenir l'action dramatique. Il n'y a pour ainsi dire pas de fiction, mais une représentation pluri-artistique de faits vécus, ce qui donne force et intégrité aux discours; les recherches qu'on nous présente s'enracinent dans le réel. Nous optons pour une dynamique d'alternance entre le jeu et le discours, pour ne pas noyer le spectateur dans une mer d'informations audiovisuelles. Ainsi, l'action dramatique se fige pour laisser libre parole aux témoignages de chercheurs et d'intervenants qui, à leur tour, se taisent pour céder l'espace au jeu. Le défi est de taille et la perspective d'être acteur/actrice pour un soir est perçue par certains comme intimidante. Cependant, une fois réunis en petits groupes, les idées fusent, l'enthousiasme nous gagne et même les plus réservés y donnent du leur. L'ambiance informelle des rencontres invite à la spontanéité.

Les jours avancent et les liens se resserrent entre nous, mais le temps file et le jour de la première, qui semblait au départ confortablement lointain, est maintenant redouté. La tension monte. Certains voient leur travail écarté au profit de l'unité de la pièce et ragent de voir les heures perdues et leurs bonnes idées avortées. La fatigue se fait sentir, attribuable autant à nos journées de travail ardu qu'aux soirées de temps libre. Le stress gagne les troupes, on tranche pour des solutions plus réalistes, nécessitant moins de préparation. Il y a tant à faire en si peu de jours; les interventions sont encore hésitantes, la pièce ne semble avoir aucune cohérence et nous n'avons toujours pas de finale! Malgré cela, nous continuons à travailler, confiants qu'avec l'immense potentiel que nous devinons en notre groupe, nous arriverons à un résultat dépassant les espérances de nos hôtes.

Dans les derniers kilomètres, l'équipe est plus

fragmentée que jamais. Pour la première fois, nous ne sommes pas tous dans le même espace, mais disséminés là où les gens peuvent travailler sans se faire déranger. Chacun donne son énergie restante, se dépasse et une sorte de magie s'opère à notre insu: le tout se met en place. La veille du spectacle, nous faisons notre premier enchaînement complet et nous voyons le travail incroyable de chacun se dévoiler, nous surprenant acte après acte. Épuisés mais ravis, nous apercevons la lumière au bout du tunnel. Le jeu sur scène pousse les gens à nous montrer d'autres facettes de leur personnalité, à se surpasser, et nous avons l'impression d'assister à un moment privilégié.

Vendredi soir. De retour à Paris. De voir la salle et la scène, qui sont beaucoup plus grandes que nous le pensions, et de voir l'installation des projecteurs, des caméras et des décors, nous plonge dans la réalité du spectacle. L'atmosphère est à la fébrilité mais en même temps, un soulagement est palpable: nous nous sommes préparés de notre mieux et il ne reste plus qu'à se concentrer et espérer que tout se passe bien. Pour bon nombre d'entre nous, il s'agit d'une grande première.

Notre surprise est grande devant l'intérêt du public. Nous qui pensions jouer pour un public de chaises vides, avons vu la salle se remplir d'un assortiment tout à fait hétéroclite de personnes: enfants, adultes, personnes âgées de différentes origines sociales et ethniques. Finalement, nous avons manqué de chaises pour accueillir tout ce beau monde.

Dans cette expérience, le processus lui-même fût plus intéressant et riche que le résultat, c'est-à-dire la performance de la pièce de théâtre. Si nous avions pu faire une pièce témoignant de tout ce qui a été apporté autour des tables de réflexion, elle aurait duré une dizaine d'heures. L'ultimatum d'arriver à un produit fini pour le vendredi soir nous a forcés à sortir de notre zone de confort, à aligner les heures de travail, à faire de ce voyage une œuvre. Souvent, dans le travail en équipe, l'idée qu'on croit excellente n'est pas reconnue comme telle par les autres, et il faut garder le sourire, aller de l'avant, écouter les autres, bref, faire des compromis. Le travail de création de groupe exige une remise en question de l'apport créatif de chacun. D'une certaine façon, c'est le stress de l'événement de vendredi qui a poussé les gens à passer à travers cette remise en question. Ce à quoi nous sommes arrivés avec ce spectacle est un moment privilégié, unique dans la vie de tous les participants, une rencontre entre l'art et la science, entre la performance artistique et les connaissances issues de la recherche et de l'intervention.

Les discussions en équipes précédant le travail de création ont été, pour moi, riches en déconstruction de préjugés. J'ai appris beaucoup. Ce fût précieux de prendre le temps d'écouter ce qu'ont à dire les autres, et la théorisation de la dynamique inhérente aux rapports de discrimination a suscité bien des réflexions. Au-delà des réflexions, le contenu référentiel de la pièce est renforcé par le contenu artistique. Le spectateur peut vivre certaines émotions avec le personnage principal qui passe à travers les différentes phases de la vie, et mieux comprendre sa situation par empathie. Cela permet de voir l'être humain derrière les étiquettes des discriminations croisées.

Au retour, après quelques heures à peine d'éloignement, la première chose que je réalise, c'est que je m'ennuie des gens avec qui j'ai tant partagé, avec qui j'ai osé et qui m'ont tant donné. J'ai envie de partager cette expérience en la racontant et, surtout, d'appliquer dans ma vie et mon travail ce que j'ai appris au contact des autres.



Le couloir des discriminations croisées

Une soirée radicale de théâtre citoyen, faisant appel aux arts, à la recherche sociale, aux savoirs d'expérience et au public

**Le vendredi 23 octobre 2009, de 19h00 à 21h00
À la salle Coluche, 153 rue E. Vaillant 93140 BONDY, Paris**

produite par les participants québécois, français et belges au 9ème Atelier international de recherches et d'actions sur les discriminations et les inégalités

Organisé par le CREMIS à Paris et à Lille, avec la collaboration de l'OFQJ, de la mairie de Bondy, de la mairie de Tourcoing et de l'Association Clé Nord-Pas de Calais

