

Ce qui se fait ailleurs

La boîte noire
Un nouvel éclairage
Recours aux soins

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


Le CREMIS fait partie intégrante de la mission Centre affilié universitaire du Centre intégré universitaire de Santé et de Services sociaux du Centre-est de l'Île-de-Montréal (CIUSSS-CEIM), affilié à l'Université de Montréal et à l'Université du Québec à Montréal.
1250, rue Sanguinet
Montréal, Québec
H2X 3E7

Équipe de production pour ce numéro :
Rachel Benoit, Aude Fournier, Christopher McAll et Geneviève McClure
Pour tout commentaire ou pour s'inscrire sur notre liste de diffusion, n'hésitez pas à communiquer avec nous :
revueducremis@gmail.com

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

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 Thomas Hawk, 2009. Certains droits réservés 

Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
du Centre-Est-de-
l'Île-de-Montréal

Québec 

Université 
de Montréal

UQÀM



Thomas Hawk, 2009. Certains droits réservés

Ce qui se fait ailleurs

« La délégation réunissait, pour ce qui est de la perception du Housing First, un mélange de convaincus et de sceptiques bien représentatif des paysages associatifs et institutionnels bruxellois. »

« les intervenants sont confrontés aux problèmes complexes des centres-villes, exacerbés, dans le cas de la Catalogne, par la crise économique en cours. »

« Au fil des séances de travail, vingt-six pratiques ont été décrites et analysées, permettant d'aborder une multitude de champs... »

(suite à la page 19)

SOMMAIRE

REGARDS

Un projet expérimental dans le champ de la santé mentale: Savoirs d'expérience et savoirs professionnels

Baptiste Godrie 4

Engagement des patients: Approches théoriques et expériences pratiques

Marie-Pascale Pomey, Luigi Flora, Sacha Ghadiri et Philippe Karazivan 10

DOSSIER

Ce qui se fait ailleurs 19

L'approche « Logement d'abord » en partage entre Montréal et Bruxelles: La boîte noire

Muriel Allart et Sébastien Lo Sardo 20

L'organisation communautaire au Québec et à Barcelone: Un nouvel éclairage

Jean-Baptiste Leclercq 26

15^{ème} atelier international du CREMIS à Grenoble: Inégalités sociales et recours aux soins et aux services sociaux

Geneviève McClure 32

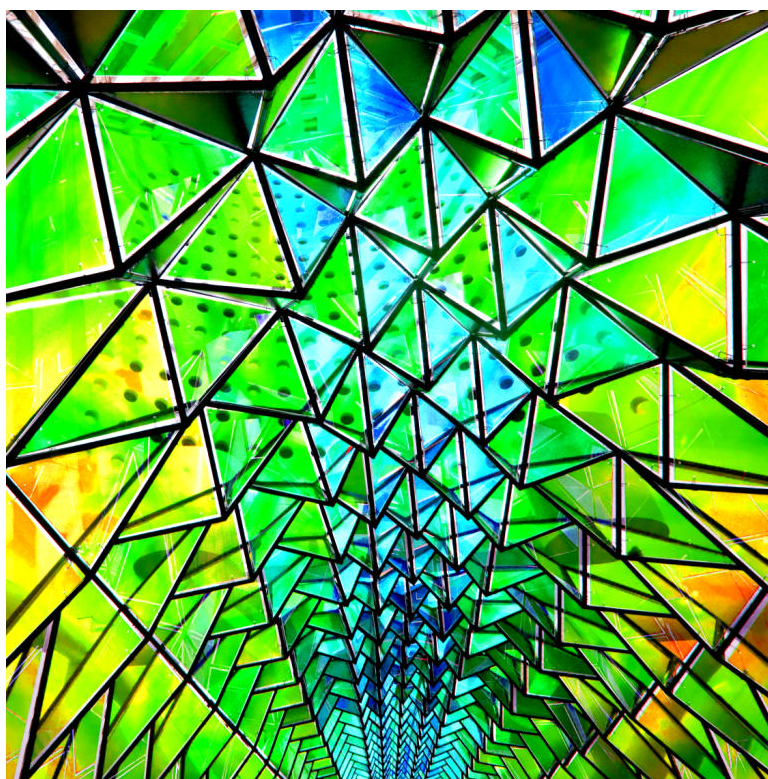
HORIZONS

Recyclage informel et la coopérative *Les Valoristes*: Récupération et reconnaissance

François Bordeleau 36

Les aspirations des jeunes: Un impensé de la participation citoyenne

Evelyne Baillergeau et Jan Williem Duyvendak 41



Thomas Hawk, 2007. Certains droits réservés

Un projet expérimental dans le champ de la santé mentale¹

Savoirs d'expérience et savoirs professionnels

REGARDS

Baptiste Godrie

Ph. D. Sociologie
Professionnel de
recherche
CREMIS

« On a vécu ce qu'ils ont vécu et on peut trouver des choses pour les aider » (Pair)

« Si j'avais eu un problème de santé mentale, est-ce que ça me rendrait plus pertinent auprès des gens qui ont un problème de santé mentale ? Je n'en ai aucune espèce d'idée puisque je ne peux pas me transcrire dans cette réalité. [...] Peut-être que oui, peut-être que non. » (Psychiatre remplaçant, Suivi intensif)

« [D]e savoir que quelqu'un n'aura pas besoin de moi. Je suis ici et tu vas dire que tu n'as pas besoin de moi et que tu vas aller voir le pair aidant ? Alors c'est l'ego. Quand tu es professionnel, ça dépend de ta formation, mais il y a des fois, c'est plus difficile de laisser sa place à l'autre. » (Responsable d'activités cliniques, Suivi intensif)

« On se demandait au sein de l'équipe : est-ce que quand il est stabilisé, il se souvient de ce qu'il a fait lorsqu'il était en manie ? Est-ce qu'il peut éprouver de la honte ou il ne s'en souvient pas ? C'est des nuances. Qui peut nous donner ces réponses en dehors de quelqu'un qui l'a vécu ? » (Responsable d'activités cliniques, Suivi d'intensité variable)



Thomas Hawk, 2011. Certains droits réservés (cc)

Ces citations, recueillies lors de mon terrain de doctorat, illustrent la complexité des liens entre vécu, savoirs d'expérience et savoirs professionnels dans le domaine de l'intervention psychosociale auprès de personnes avec des problèmes de santé mentale. Elles évoquent également l'interaction de plus en plus fréquente entre, d'une part, les employés du réseau de la santé et des services sociaux et, d'autre part, les usagers qui sont appelés à devenir partie prenante des transformations des institutions publiques. Cet appel

à la participation des usagers peut être lu comme l'ouverture des institutions publiques à des savoirs expérientiels que les membres qui les composent – qu'ils soient intervenants, gestionnaires ou chercheurs – ne possèdent pas², permettant d'enrichir leur compréhension et action dans le champ du social et de la santé.

Expérience et expertise

Les inégalités économiques qui traversent le monde social sont les plus visibles. Ces inégalités reflètent différents rapports de pouvoir, dont une des dimensions est la hiérarchisation des savoirs. Celle-ci prend différentes formes, qu'il s'agisse de non reconnaissance ou encore de dévalorisation de la parole et des savoirs d'une partie de la population qui – en limitant l'accès à la parole et à la prise en compte des membres de certains groupes – renforcent, à leur tour, les rapports sociaux inégalitaires. C'est particulièrement le cas des personnes qui vivent avec des problèmes de santé mentale et qui subissent le préjugé que leurs problèmes amoindrissent leur capacité de penser. Les intervenants ne sont pas en reste, puisqu'ils peuvent également subir le poids des normes de gestion et des données probantes qui ont tendance à marginaliser leur expérience clinique ou à ne pas en tenir compte (Glasby et Beresford, 2006).

Ces réflexions sur le discrédit de la parole et des savoirs d'expérience trouvent un écho dans

l'histoire de la pensée sociale dans les préoccupations d'auteurs qui se sont intéressés à la question suivante : quelle place accorder à l'expérience lorsqu'on souhaite agir sur le social ? Un débat oppose deux grandes traditions intellectuelles. D'une part, la tradition socialiste qui a donné naissance à l'État-Providence selon laquelle l'intervention publique est trop complexe pour être confiée à des citoyens ordinaires. Celle-ci doit faire l'objet d'une planification rationnelle dont la mise en œuvre est confiée à des experts du social qui sont les mieux placés pour accomplir ces tâches. D'autre part, la tradition libérale qui considère la planification rationnelle de la société comme dangereuse pour les libertés individuelles et, surtout, comme un projet voué à l'échec, car les savoirs scientifiques sont toujours faillibles et détachés des réalités du terrain. Cette tradition promeut une revalorisation des savoirs locaux détenus par les citoyens avec, pour corollaire, une décentralisation et une réduction de l'intervention étatique au profit du marché dont le fonctionnement est garant d'une autorégulation.³

Au Québec, les études sur la participation publique des citoyens ou « usagers » des services de santé mentale constatent, d'une part, l'existence de monopoles professionnels et, d'autre part, des formes de participation thérapeutique (pour le bien des usagers) ou cosmétique (pour bien paraître) qui limitent la capacité des usagers de transformer les institutions (Clément *et al.*, 2012 ; Gagné *et al.*, 2013). Lorsqu'il y a participation, celle-ci se limite souvent à la négociation du traitement médical ou à la consultation de certaines communautés, mais sur des enjeux fixés d'avance par les institutions publiques.

Dans le cadre de ma thèse, je me suis intéressé à ces enjeux à partir d'un cas d'étude : la participation des pairs dans le projet de recher-

*« quelle place
accorder à
l'expérience lorsqu'on
souhaite agir sur le
social ? »*

che et de démonstration *Chez Soi Montréal* (2009-2013) qui visait à évaluer l'efficacité et le coût économique d'une intervention donnant un accès prioritaire au logement à des personnes qui vivent dans la rue avec des problèmes de santé mentale, ainsi qu'à un suivi clinique.⁴ Une dizaine de personnes (des pairs) avec un parcours expérientiel similaire aux participants qui recevaient des services, étaient employées pour faire valoir leur savoir expérientiel des problèmes de santé mentale auprès des chercheurs, intervenants et gestionnaires du projet. Trois d'entre elles avaient une certification de pair aidant leur permettant d'intégrer les équipes cliniques en tant qu'intervenants.

Les données empiriques ont été recueillies au cours de deux années d'observation participante des activités de ce groupe de pairs et d'une cinquantaine d'entrevues individuelles semi-dirigées réalisées avec les membres du projet. Je me suis servi de ce cas pour questionner, d'un point de vue épistémologique, la nature du savoir d'expérience des pairs, sa qualité propre et ses liens parfois flous avec les savoirs experts

qui lui sont souvent opposés et, d'un point de vue relationnel, les rapports établis entre les pairs et leurs collègues chercheurs, intervenants et gestionnaires ainsi que la manière dont leur savoir d'expérience était mobilisé dans ce projet.

Reconnaissance

Dans les débuts du projet, plusieurs situations illustrent une tension entre la volonté des pairs de faire valoir leur savoir expérientiel et la volonté de leurs collègues – chercheurs ou intervenants – de préserver leur monopole professionnel. Ce fut le cas lorsqu'il a fallu décider qui – d'une cheffe d'équipe ou des pairs aidants – étaient le mieux placés pour enseigner l'approche du rétablissement aux intervenants. Ce fut également le cas dans une équipe de recruteurs des participants au projet où la présomption qu'un pair ayant connu l'itinérance possédait une connaissance plus fine du milieu de la rue que ses collègues chercheurs était contestée par ces derniers, qui revendiquaient, eux aussi, une connaissance de la rue acquise au fil de leur présence sur le terrain et de leurs lectures.

Dans ces situations, les pairs cherchent à gagner la considération de leurs collègues et à se valoriser en revendiquant le monopole de la connaissance de la réalité vécue par les partici-



Thomas Hawk, 2012. Certains droits réservés

pants, alors que leurs collègues font valoir leur formation universitaire et leur engagement sur le terrain auprès des gens qui vivent certaines réalités. Face à ces comportements, qui ont tendance à polariser les relations entre les pairs et leurs collègues, la reconnaissance de postures complémentaires dans l'intervention est favorisée par l'attitude des pairs qui n'imposent pas la compréhension de la situation des participants du projet sous l'angle de leur seule expérience. Ils vont plutôt interroger, aiguiller et renforcer le jugement de leurs collègues, ce qui suppose de la part de ces derniers une ouverture au questionnement de leurs pratiques. La place accordée à leur savoir expérientiel est d'autant plus grande que les pairs aidants invitent à « aller plus loin » dans l'examen d'une situation, selon le témoignage d'un travailleur social. Elle repose également sur le respect de l'expertise des intervenants et la reconnaissance de leur propre ignorance dans certains domaines, tels que l'interaction entre la toxicomanie, les problèmes de santé mentale et l'univers de la médication.

Alors que l'information est dispensée et recueillie, le savoir est produit dans le cadre d'une relation où entre en jeu la reconnaissance de différents points de vue qui couvrent les points aveugles des autres savoirs. Le savoir de chacun se déploierait lorsque, selon la coordonnatrice de la recherche, on prend le temps d'« écouter et laisser la place à autre chose, [à] ce qu'on n'est pas habitué à entendre » et à « remettre en question ses conceptions ».

Les entrevues ont également permis d'identifier plusieurs pratiques que les pairs aidants ont contribué à développer ou à améliorer au sein des équipes cliniques, telles que : adopter un vocabulaire moins stigmatisant, relativiser les diagnostics en les tenant pour des « perspectives diagnostiques », s'appuyer sur les besoins exprimés par les participants, attendre et voir de quelle façon la situation évolue avant de forcer un participant à prendre ses médicaments, intervenir plus tôt lorsqu'un participant semble rendu « trop loin » dans ses symptômes, référer vers des ressources alternatives en santé mentale, renseigner les intervenants sur les symptômes apparaissant en situation de crise et promouvoir des pratiques

qui favorisent la responsabilisation des participants. Dans ces équipes cliniques, où les collaborations entre les pairs aidants et leurs collègues ont été les plus fructueuses en cours de projet, les pairs aidants ont favorisé l'orientation des équipes cliniques vers une approche centrée sur le rétablissement.

Apports

L'expérimentation qui a été menée au sein du projet Chez Soi concerne un domaine précis, à savoir l'univers de la santé mentale et de l'itinérance. Elle est cependant transposable à d'autres domaines et auprès d'autres populations stigmatisées qui ne sont pas ou peu entendues par le système public de la santé et des services sociaux.

Ce projet est porteur d'un certain nombre de leçons, ouvrant la voie à des rapports horizontaux entre les savoirs et à une prise en compte du savoir d'expérience. Cette prise en compte n'est pas simplement une intégration de ce savoir dans un savoir expert plus englobant, comme le redoutent les critiques libérales de la technocratie, mais la production d'un savoir inédit qui résulte de la mise en commun de différents savoirs. Si elle reconnaît la diversité et la richesse des savoirs expérientiels, l'analyse que nous proposons dans la thèse ne conclut pas – comme le soutiennent les critiques de l'interventionnisme étatique – qu'il faut abandonner toute velléité d'organisation du social au profit d'interactions réglées par le marché et la rationalité de chaque consommateur.

Notre analyse renforce plutôt le constat de la nécessité de projets publics expérimentaux

REGARDS

« Notre analyse renforce [...] le constat de la nécessité de projets publics expérimentaux »

fondés sur l'expérience de vie des usagers des services et alimentés par l'expérience clinique et de recherche des intervenants et des chercheurs. Le défi, pour le réseau de la santé et des services sociaux, est de fonder des programmes d'intervention qui défient la hiérarchie des savoirs professionnels au profit d'une approche de co-construction des savoirs et des pratiques dans laquelle on reconnaît l'apport de chaque savoir et son caractère irréductible par rapport aux autres savoirs, afin de cerner au mieux les réalités vécues par les usagers.

Notes

1. Godrie, Baptiste, *Un projet expérimental dans le champ de la santé mentale*, Thèse de doctorat, sociologie, Université de Montréal, janvier 2015.
2. Ce qui n'exclut pas qu'ils aient eux-mêmes un vécu, dont ils témoignent ou qui alimente leur pratique, mais que, bien souvent, ils cachent ou discréditent.
3. Ce libéralisme classique endossé, par exemple, par Hayek ((2013(1944)) n'a pas grande chose à voir avec les réformes libérales successives du réseau de la santé et des services sociaux qui mettent l'accent sur la centralisation des services.
4. Le projet, financé par la *Commission pour la Santé Mentale du Canada*, se déroulait également dans quatre autres villes canadiennes.

Clément, M., L. Rodriguez, J. Gagné, A. Lévesque et C. Vallée (2012). *État de situation sur la participation des personnes utilisatrices suite au Plan d'action en santé mentale 2005-2010*, Rapport de Recherche, L'Alliance Recherche-Université-Communauté Internationale – Santé Mentale et Citoyenneté, 42 p.

Glasby J. et P. Beresford (2006). « Who knows best ? Evidence-based practice and the service user contribution », *Critical Social Policy*, 26 (1), p. 268-284.

Gagné, J., M. Clément, B. Godrie et Y. Lecomte (2013). *La voix et le savoir des personnes avec expérience vécue des problèmes de santé mentale dans le comité avisier du CSSS Jeanne-Mance*, Rapport de recherche, CREMIS, 81p.

Hayek, F. A. (2013) [1944]. *La Route de la servitude*, Paris

Les midis du CREMIS

Pour un nouveau contrat social: décroissance, responsabilité et bien-être communautaire

Réflexions sur les défis auxquels font face les pays
occidentaux à partir de la situation italienne



REGARDS

Fabio Berti

Professeur en sociologie, Université de Sienne, Italie
Professeur invité, Département de sociologie
Université de Montréal

Jeudi, 11 juin 2015

12h00

1250, rue Sanguinet, salles 451-461

www.cremis.ca

Engagement des patients

Approches théoriques et expériences pratiques

REGARDS

Marie-Pascale Pomey

Professeure agrégée, Département d'administration de la santé, École de santé publique et Institut de recherche en santé publique, Université de Montréal

Membre du CREMIS

Luigi Flora

Patient expert
Chercheur post-doctoral, Institut de recherche en santé publique
Université de Montréal

Expert à la Direction collaboration et partenariat patient
Faculté de médecine
Université de Montréal

Sacha Ghadiri

Professeur adjoint,
École des Hautes Études
Commerciales, Montréal

Philippe Karazivan

Médecin de famille et chercheur,
Centre de recherche du Centre
hospitalier de l'Université de Montréal

Membre du CREMIS



Ken Rowland, 2011. Certains droits réservés (CC)

Au cours des dernières années, l'engagement des patients dans le système de santé est devenu une préoccupation importante. De nombreux rapports ont été publiés mettant en évidence l'importance de cet engagement (AIR, 2014 ; Scottish Health Council, 2010 ; Maurer, Dardess, Carman *et al.*, 2012 ; Picker Institute, 2012). Les raisons invoquées s'articulent autour de plusieurs constats, dont la mutation épidémiologique. En effet, les systèmes de santé tels que conçus après la seconde guerre mondiale pour répondre à des épidémies de maladies infectieuses ou des traumatismes, se voient à présent confrontés à l'augmentation du nombre de maladies chroniques. Pour ne parler que du Canada, actuellement 65 % de la population âgée de 12 ans et plus et 90 % pour les plus de 65 ans déclarent souffrir d'au moins une maladie chronique (Statistique Canada, 2012).

Or, de nombreuses maladies chroniques sont issues des modes de vie et nécessitent l'implication des patients pour améliorer et préserver leur qualité de vie. Vivant avec la maladie, les personnes développent une expertise, des savoirs expérientiels (Jouet, Flora et Las Vergnas, 2010), qui permettent de prendre des décisions éclairées en lien avec leur projet de vie et leur capacité à changer leurs habitudes de vie. En effet, les patients atteints de maladies chroniques se retrouvent à être en contact entre cinq à dix heures par an avec des intervenants de la santé, alors qu'ils passent 6 250 heures par an avec leur maladie, seuls ou avec leurs proches (Coulter, 2011).

Rappelons par ailleurs que l'accès à l'information est de plus en plus facile, notamment avec la diversité des sources disponibles via Internet. Cette réalité et l'augmentation du niveau de scolarisation globale de la population sont des éléments favorisant l'engagement des patients. Les personnes sont de plus en plus informées et capables de repérer aussi bien leurs symptômes que de proposer des diagnostics. L'asymétrie d'information entre les intervenants de la santé et les patients devient alors plus ténue (Noël-Hureaux, 2010). Ceci entraîne une redéfinition des rôles de chacun dans le cadre d'un partenariat de soins et de services.

Aussi dans cet article, nous présenterons les fondements théoriques du partenariat de soins et de services et les différents domaines où il se met en œuvre. Nous présenterons ensuite le « Modèle de Montréal » développé à l'Université de Montréal et nous finirons avec des exemples de projets en cours portant sur le partenariat dans des organisations de santé et de services sociaux au Québec.

La notion de partenariat de soins et de services
Fondements théoriques

Depuis une vingtaine d'années, l'approche paternaliste des soins, où le médecin décide pour le patient, a progressivement laissé la place aux approches centrées sur le patient, où celui-ci est mis au centre des décisions et où ses valeurs et son vécu sont pris en considération. Les initiatives récentes, telles que la prise de décision partagée (Légaré *et al.*, 2012) ou certaines approches d'éducation thérapeutique (Flora, 2013), s'inspirent de ces approches centrées sur le patient. Malgré la contribution indiscutable et significative de celles-ci, le médecin et les intervenants de la santé conservent le monopole de la décision et du rôle de soignant (Karazivan *et al.*, 2015). Dans le cas du partenariat (Vanier *et al.*, 2014 ; Pomey *et al.*, 2015a ; RUISM, 2014), cet engagement franchit un pas de plus et se base sur le partenariat entre les intervenants et les patients où ces derniers sont reconnus : 1) pour leurs savoirs expérientiels avec la maladie ; 2) comme des membres à part entière de l'équipe, et en cela sont considérés comme des soignants, et 3) comme les personnes légitimes pour prendre les décisions les plus adaptées en fonction de leur projet de vie (voir figure 1).

Le partenariat se base sur le principe fondamental que tout patient est une personne qui est accompagnée progressivement au cours de

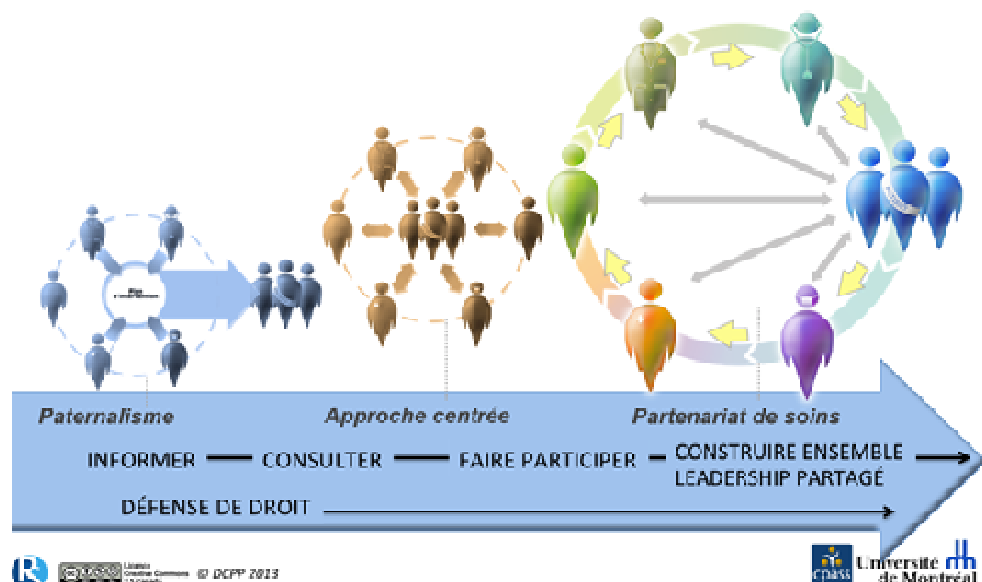


Figure 1: Évolution des relations entre patients et équipe de soins

REGARDS

« L'équipe interdisciplinaire, en considérant le patient comme un membre à part entière de l'équipe, s'attèle à renforcer la capacité d'autodétermination du patient »

son parcours de soins pour faire des choix de santé libres et éclairés. Son expérience avec la maladie est reconnue et contribue à la qualité de la dynamique de soins. Grâce à ses compétences acquises tout au long de la maladie et son parcours de soins, l'équipe interdisciplinaire, en considérant le patient comme un membre à part entière de l'équipe, s'attèle à renforcer la capacité d'autodétermination du patient (Chaire TSA, 2009). C'est sur ces bases que le patient acquiert progressivement les « habiletés et attitudes qui lui permettent d'agir directement sur sa vie en effectuant librement des choix non influencés par des agents externes indus ».

Une typologie de patients

Dans le cadre du partenariat, le patient peut s'impliquer de trois manières : en tant que «patient partenaire de ses soins», «patient partenaire de soins et de services» ou «patient

coach/leader transformationnel» (voir figure 2). Le *patient partenaire de ses soins* interagit avec son équipe de soins. Il mobilise ses savoirs expérientiels et apprend à se connaître dans sa manière de vivre avec la maladie et dans sa capacité à redonner du sens à sa vie à travers ses expériences et en fonction de son projet de vie. Il apprend à adapter ce dernier au vue de sa situation pour changer ses habitudes de vie. Des patients qui se considèrent comme des patients partenaires mettent en œuvre des stratégies qui portent sur la recherche continue d'information sur leur(s) maladie(s), mais aussi sur l'évaluation des soins qu'ils reçoivent en termes de qualité et de concordance avec leurs préférences personnelles. Finalement, ils mettent en œuvre des pratiques pour s'adapter aux intervenants, voire à compenser des circonstances ou des soins qu'ils jugent non optimaux (Pomey et al., 2015b).

Dans le cas des *patients partenaires de soins*

et de services, il en existe trois types : les *patients ressources*, les *patients co-chercheurs* et les *patients formateurs*. Les *patients ressources* sont des patients qui souhaitent mettre à profit leur expérience pour améliorer le système qui les soigne. Ils sont prêts à partager leur vécu avec la maladie avec d'autres patients

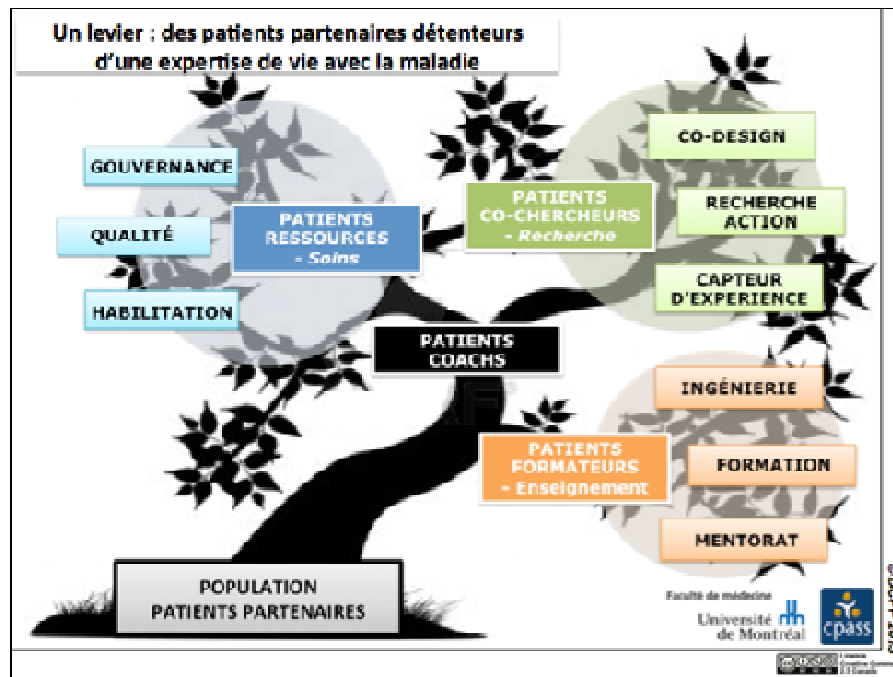
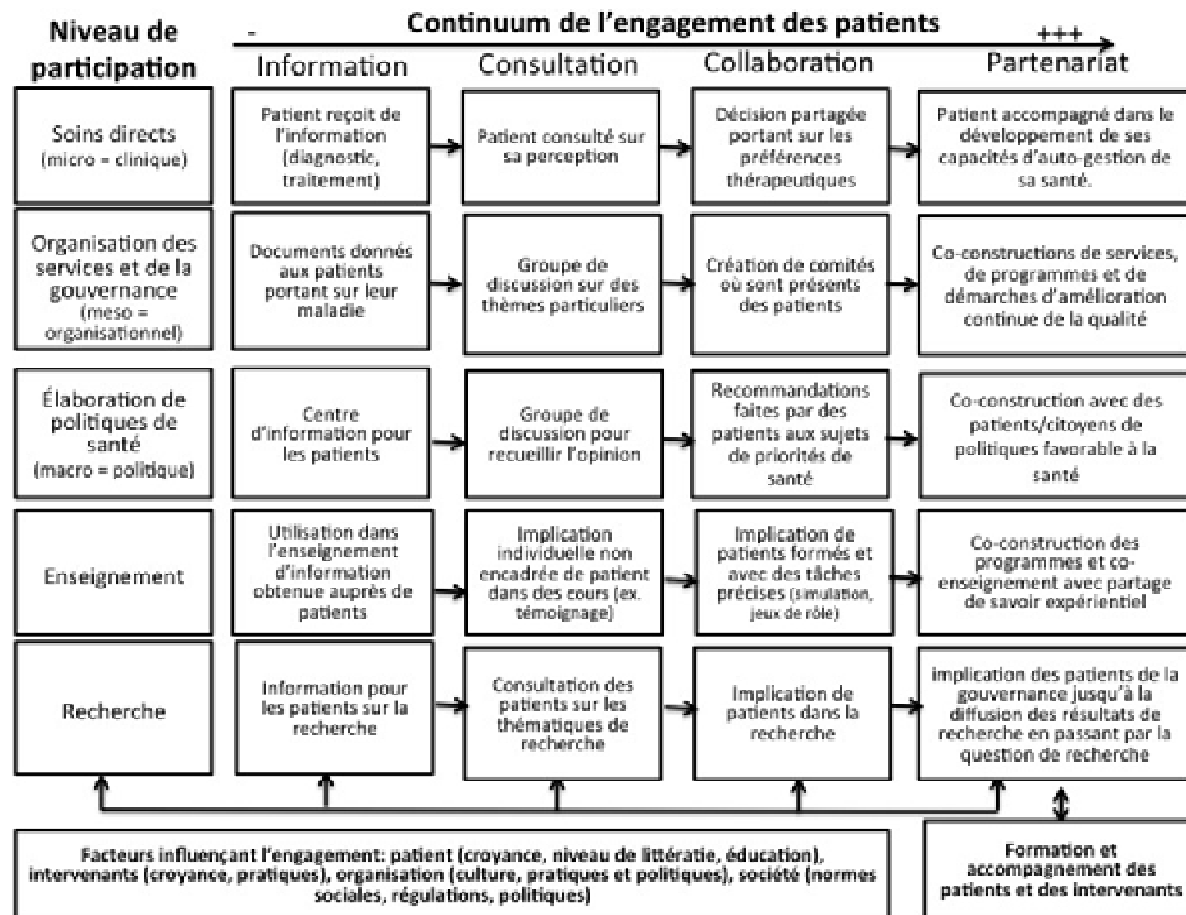


Figure 2: Typologie des patients engagés en partenariat

afin de les aider à passer au travers de leur épisode de soins (habilitation) ou encore de participer à des groupes d'amélioration de la qualité ou à des activités au niveau de la gouvernance. Ce sont des patients qui font preuve d'une capacité altruiste, qui ont fait un travail réflexif sur leur propre parcours, qui sont capables d'écoute envers les autres et qui ont la capacité de communiquer sur leur propre expé-



REGARDS

Figure 3 : Modèle de l'engagement des patients

rience. Les patients co-chercheurs participent à des travaux de recherche, en tant que sujets d'étude (capteurs d'expérience), de membres actifs dans une recherche (recherche action) ou encore dans l'élaboration et la réalisation d'une recherche (co-design). Pour accompagner ces derniers et les processus de transformation, d'autres patients peuvent devenir des *patients coaches* qui assument un leadership transformationnel. Ce sont des personnes qui ont des habilités pour analyser des situations relationnelles complexes, accompagner des individus ou des groupes, et tisser et entretenir des réseaux et qui mobilisent leurs expériences sociales et professionnelles au service du partenariat.

Les différents niveaux d'implication

Il existe un gradient dans l'engagement des patients qui part de l'information des patients qui part de l'information à la consulta-

tion puis à la collaboration (Carman et al., 2013) pour aboutir au partenariat (Pomey et al. 2015a). Ces différentes modalités d'engagement ne sont pas exclusives. L'information permet le partage d'information pertinente, la consultation, d'aller rechercher le point de vue, la collaboration, le partage d'information pour la prise de décision et finalement, le partenariat, où la personne est habilitée à prendre sa place au même titre que les intervenants dans les décisions (voir Figure 3).

Le modèle de Montréal

L'engagement des patients tel que proposé et mis en œuvre par la Direction collaboration et partenariat patient (DCPP) de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal couvre les soins, services et politiques de santé, l'enseignement et la recherche. Il permet de mettre en synergie des patients, des chercheurs, des

professionnels de la santé et des gestionnaires (voir Figure 4).

Les soins et services de santé

Entre 2011 et 2014, vingt-six équipes dans

REGARDS

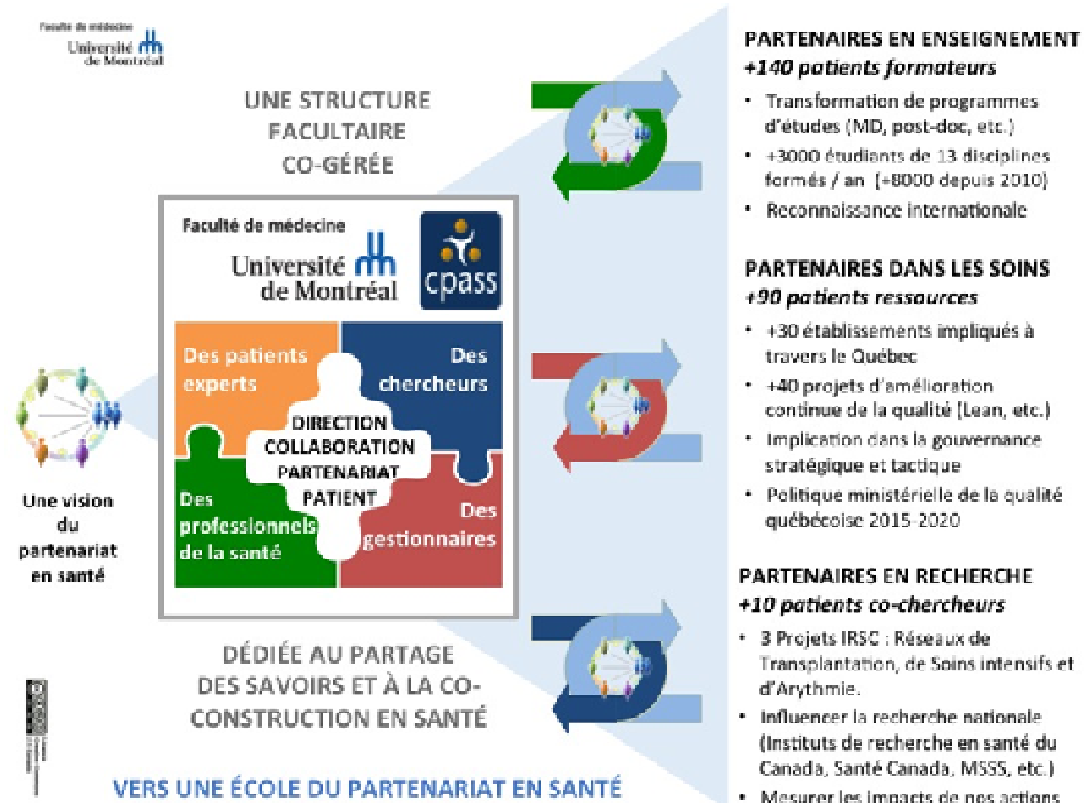


Figure 4: Modèle de Montréal

seize établissements de santé et de services sociaux au Québec ont bénéficié du soutien de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal pour développer des approches de partenariat dans le cadre du programme *Partenaires de soins et de services* (PSS) qui permet un accompagnement dans les changements culturels et les transformations organisationnelles (DCPP, 2014). Ce programme débute par une sensibilisation de la direction de l'établissement au changement culturel qu'une telle démarche va entraîner et l'obtention de son engagement formel. Ensuite, les services mettent en place un comité d'amélioration continue du partenariat de soins et de services. Ces comités sont constitués de gestionnaires, d'intervenants clés (médecins, infirmières, secrétaires, assistantes sociales ou autres personnes) et de patients (deux au moins). Les patients présents sur ces comités, considérés comme des *patients ressources*, partagent leur vision des

dysfonctionnements ou lacunes qu'ils ont pu mettre en évidence.

Les critères de sélection de ces patients ressources portent en particulier sur la richesse de l'expérience de soins, la capacité à s'exprimer et à prendre leur place au sein d'un comité et la motivation de s'engager à améliorer les services/programmes pour l'ensemble des patients. Ces patients, ainsi que les intervenants, sont préalablement formés par la DCPD avant de participer à ces comités et sont accompagnés jusqu'à ce qu'ils deviennent autonomes. En complément, pour favoriser un travail harmonieux entre les membres du comité, les

rôles de chacun sont clairement définis. Ces comités se fixent un ou deux objectifs d'amélioration de la qualité des soins et des services qui peuvent être mis en place sur quatre à six mois, afin de rendre les changements de pratique visibles rapidement. Ces équipes sont localisées en médecine générale, soins à domicile, soins de longue durée et soins spécialisés (santé mentale, oncologie, diabète, réadaptation, etc.). Des patients de tous les âges y participent.

De plus, le Ministère de la santé et des services sociaux a fait appel à la DCPD pour que les projets LEAN financés puissent bénéficier de la participation de patients. Ces patients sont sélectionnés et coachés par la DCPD et les équipes formés avec les patients par la DCPD. Ces initiatives sont menées partout au Québec et touchent des domaines variés.

L'enseignement

Pour soutenir ces changements majeurs de pratiques dans les soins et les organisations de santé, les nouvelles générations de professionnels de la santé doivent être prêtes à pratiquer dans des contextes de pratiques collaboratives et contribuer au déploiement du partenariat dans les milieux cliniques. C'est ainsi que depuis 2011, des *patients formateurs* sont co-tuteurs, avec des professionnels, des cours visant le développement progressif des compétences de collaboration interprofessionnelle et de partenariat de soins (Vanier et al. 2014). Ces cours rassemblent des étudiants provenant de treize disciplines différentes des sciences de la santé et sciences humaines et sociales.¹ Dès leur première année d'étude, ces étudiants sont réunis et explorent le concept au

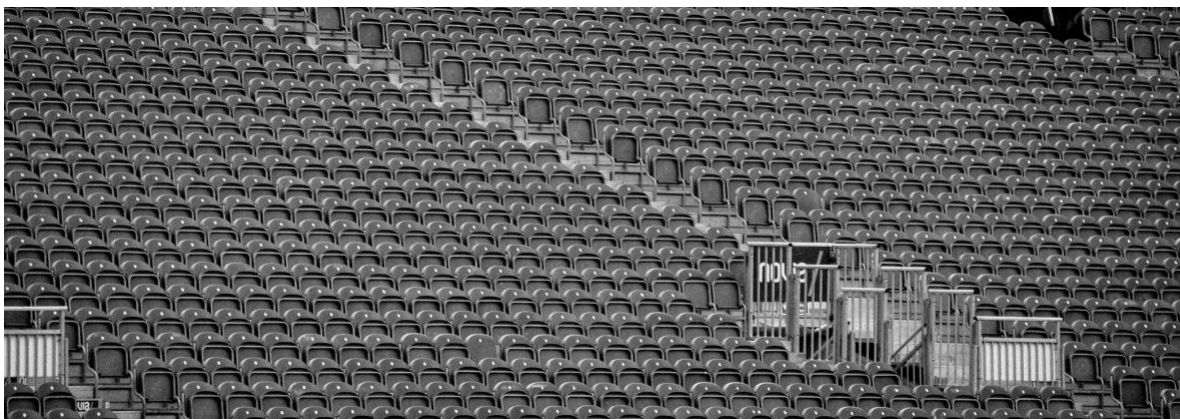
travers d'exemples personnels et de témoignages de patients. Lors de la deuxième année, ils sont amenés à se familiariser avec le déroulement d'une réunion interprofessionnelle, à clarifier les rôles des différentes professions et à appliquer le concept de partenariat à un cas clinique de pédiatrie ambulatoire. Enfin, en troisième année, les étudiants intègrent le concept de partenariat lors d'une simulation de réunion d'équipe interprofessionnelle d'élaboration d'un *Plan d'intervention interdisciplinaire* (PII) pour une personne âgée hospitalisée. Avant les trois heures de cours en présentiel, neuf heures de formation et six heures de cours en ligne présentent ce qu'est le «partenariat patient» grâce, entre autre, à des capsules vidéos de professionnels et de patients. Environ 1400 étudiants sont réunis pour chaque cours. De plus, des activités interprofessionnelles en stage et du mentorat par des patients sont aussi proposées aux étudiants.

La recherche

La DCPD travaille en étroite collaboration avec les Instituts de Recherche en Santé du Canada (IRSC) et a participé au cadre d'engagement des patients à la base de la nouvelle Stratégie de Recherche Axée sur les Patients (SRAP) (IRSC, 2014). C'est ainsi que depuis l'automne 2013, des groupes de deux à trois patients-chercheurs sont régulièrement sollicités pour donner leur avis sur les orientations de recherche élaborées par les IRSC. Des membres de la DCPD participent aussi à des réseaux de recherche afin de s'assurer que des patients sont intégrés en tant que co-chercheurs. De plus, huit patients ont été sélectionnés par la DCPD pour évaluer l'ensemble des projets soumis aux IRSC dans le cadre du premier appel à projets

REGARDS

« les nouvelles générations de professionnels de la santé doivent être prêtes à pratiquer dans des contextes de pratiques collaboratives »



kalabalk, 2006. Certains droits réservés ©

de la SRAP. Et finalement, une programmation de recherche portant sur l'impact du partenariat dans le domaine des soins et des services, mais aussi en enseignement et en recherche, est en cours d'élaboration.

Projets de partenariat en cours

Il existe une multitude de projets au Québec qui portent sur le partenariat de soins et de services dans les établissements. Nous nous limiterons ici à en présenter succinctement quatre projets qui ont bénéficié d'un financement par la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé (FCASS, 2014).

Le rôle des patients dans les programmes de neurologie et de cancérologie

Le Centre Universitaire de Santé McGill est actuellement en train de revoir le mode de fonctionnement de ses programmes de neurologie et de cancérologie pour renforcer l'engagement des patients sur le mode du partena-

riat. Dans le cadre de la neurologie, la création d'un comité qualité pour la clinique des scléroses en plaques inclura des patients ressources et des intervenants formés par la DCPD afin d'établir les priorités d'amélioration de la qualité des soins et des services. En cancérologie, un Forum, au niveau de la gouvernance du programme, sera uniquement constitué de patients ressources. Ce comité donnera son avis sur les priorités que devrait suivre le programme et s'assurer que celles-ci sont bien mises en œuvre.

Les patients ressources pour les victimes d'amputation de la main

Depuis 2010, le Centre d'expertise en réimplantation ou revascularisation microchirurgicale d'urgence (CEVARMU) du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) fait appel, sur une base ponctuelle, à d'anciens patients ayant terminé leur processus de réadaptation afin d'accompagner et de soutenir les patients nouvellement arrivés au Centre

dans leur propre processus de soins. Considérés comme des *patients ressources* faisant partie de l'équipe, ils sont invités à rencontrer les patients hospitalisés ou qui sont en processus de réadaptation sur une base bénévole afin de leur faire bénéficier de leur expérience, mais aussi de s'assurer que les plans de traitement pro-

posés aux patients soient bien assimilés par ces derniers et qu'ils répondent à leurs besoins. Ces patients ressources sont identifiés par le CEVARMU, puis sélectionnés et formés par le secteur de la promotion de la santé de la direction des services professionnels et mécanismes d'accès du CHUM en partenariat avec la Direction collaboration patient partenaire (DCPP).

Thoams Hawk, 2010. Certains droits réservés (CC)



La formation aborde un volet sur le partenariat de soins de façon générale, puis un patient coach présente le volet plus spécifique du rôle attendu des patients ressources et les outille à intervenir auprès des patients dans le contexte du CEVARMU. Les patients ressources rencontrent les patients une première fois au cours de leur hospitalisation, puis interviennent (en personne, par téléphone ou par vidéoconférence) auprès de ces mêmes patients lors de leur réadaptation, à la demande des patients eux-mêmes ou des professionnels du CHUM ou d'un autre établissement qui les accompagnent dans le réseau québécois. Leur participation a comme objectif d'améliorer les taux d'adhésion au traitement en réadaptation postopératoire (qui dure en moyenne une année) ainsi que le vécu et la qualité de vie du patient.

La structuration de la voix des patients à tous les niveaux d'un établissement

Suite à l'accompagnement depuis 2012 par la DCPD et l'Université Laval, le CSSS de l'Énergie a décidé de structurer l'implication des patients à tous les niveaux de gouvernance de son établissement. Étant situé à une distance importante des centres universitaires, le CSSS cherche à maintenir dans le temps l'implication des patients en étant autonome pour le recrutement et la formation de patients qui pourront ainsi être intégrés à tous les niveaux de gouvernance du CSSS. Une *patiente ressource* a été recrutée deux jours/semaine afin d'aider, en tandem avec une professionnelle, la structuration du partenariat dans l'établissement. Une politique a été élaborée conjointement entre patients et intervenants pour situer les besoins et les objectifs de la participation des patients à tous les niveaux de gouvernance. Une standardisation des modalités de recrutement des patients ressources a été réalisée avec des patients. Des formations locales ont été réalisées pour former des patients ressources qui assument un rôle de promotion du partenariat de soins et services aux différents niveaux de gouvernance de l'organisation. Des activités portant sur le partenariat ont été mises en œuvre pour les services cliniques et un groupe constitué de patients ressources permet de favoriser le partage d'expériences, de pratiques et d'outils.

La co-construction au service de l'amélioration de l'offre de services favorisant la modification des habitudes de vie pour les personnes nouvellement diagnostiquées d'un diabète de type 2

Cette initiative, menée par le CSSS Jeanne-Mance, s'intéresse à l'apport du processus de co-construction pour améliorer les services offerts aux personnes atteintes de diabète de type 2 et suivies en première ligne. Dans le cadre d'un partenariat mené entre les intervenants du CSSS et des personnes atteintes, la co-construction s'intéresse à la refonte des services offerts pour modifier les habitudes de vie des personnes atteintes de diabète de type 2. Les critères de sélection des personnes diabétiques tiennent compte de leur expérience avec la maladie, leur auto-réflexivité sur leur expérience de soins et leur capacité à s'exprimer en public. Les intervenants ont été identifiés grâce à leur implication dans les services actuels et leur intérêt à participer à des activités de promotion de la santé. Tous ont été formés par la DCPD afin de comprendre ce que comprenait le processus d'apprentissage de la co-construction. Il est prévu une journée où des intervenants et des personnes diabétiques travailleront ensemble pour revoir l'offre de services. La co-construction permet la rencontre des savoirs scientifiques et expérientiels afin de revoir une offre de services plus adaptée en fonction des populations visées.

Levier principal

Être en partenariat, implique avant tout un savoir-être « ensemble », une capacité d'empathie essentielle à la naissance d'une véritable relation d'apprentissage mutuelle, parfois difficile à maintenir, dans un contexte où les systèmes de santé ont à faire face à diverses contraintes comme, par exemple, des contraintes financières. Cela suppose aussi une capacité réciproque à dépasser la peur de l'autre, sa culture, sa singularité, ses souffrances et ses joies. Le partenariat se réalise dans une relation bidirectionnelle, dans le cadre d'un humanisme partagé et cultivé par tous. Chacun valo-

« Il existe une multitude de projets au Québec qui portent sur le partenariat de soins et de services dans les établissements. »

rise la qualité de l'interaction avec l'autre dans une confiance mutuelle qui se construit et valorise les savoirs expérientiels des intervenants, fondée sur le savoir *sur* la maladie et les savoirs expérientiels des patients de vivre avec la maladie.

L'avenir du partenariat de soins et de services dépend de la volonté de tous – citoyens, patients, usagers, clients, proches, intervenants, professionnels, gestionnaires, politiciens et autres métiers de la santé – de travailler ensemble pour faire face aux défis majeurs que vivent actuellement les systèmes de la santé et de services sociaux. En acceptant d'expérimenter la voie du partenariat et en reconnaissant la richesse du savoir de tous, les lieux de soins, les intervenants qui y œuvrent et les patients/usagers qui sont amenés à les fréquenter, profiteront certainement de retombées favorables sur l'organisation des services et la qualité des soins. L'ère du travail en silo est dépassée. Aujourd'hui un « construire ensemble » grâce au partenariat est possible, et les patients/usagers sont le levier principal qui permettra au système de santé et de services sociaux de s'ajuster aux défis présents et à venir.

American Institute of Research (AIR) (2014). *Roadmap guides patient and family engagement in healthcare*. Repéré à <http://patientfamilyengagement.org>.

Carman, K.L., P. Dardess, M. Maurer, S. Sofaer, K. Adams et C. Bechtel (2013). «Patient and family engagement: a framework for understanding the elements and developing interventions and policies». *Health Affairs* 32(2), 223-231.

Chaire TSA Technologies (2009). «À la découverte de l'autodétermination». *Info-Clic TSA*, 1(2), 7-9.

Coulter, A. (2011). *Engaging patients in healthcare*. Open University Press.

Direction collaboration et partenariat patient (DCPP) (2014). *Le partenariat de soins et de services*. Repéré à <http://medecine.umontreal.ca/faculte/direction-collaboration-partenariat-patient/le-partenariat-de-soins-et-services/>.

Fondation Canadienne pour l'amélioration des services de santé (FCASS) (2014). *Agir en partenariat avec les patients et leurs familles pour l'amélioration de la qualité : Une nouvelle collaboration de la FCASS*. Repéré à <http://www.fcass-cfhi.ca/Elearning/partnering-with-patients-and-families-for-quality-improvement>.

Flora, L. (2013). «Savoirs expérientiels des malades, pratiques collaboratives avec les professionnels de santé : état des lieux». *Éducation permanente*, 15, 59-72.

Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) (2014). *Stratégie de recherche axée sur le patient au Canada. Améliorer les résultats de santé par des*

soins basés sur des données scientifiques. Repéré à <http://www.dhr-irsc.gc.ca/f/41204.html>.

Jouet, E., L. Flora, et O. Las Vergnas (2010). «Construction et reconnaissance des savoirs expérientiels des patients. Note de synthèse». *Pratique de formation : Analyses*, 58/59, 13-94.

Karazivan, P., V. Dumez, L. Flora, M-P. Pomey, N. Fernandez, S. Guadiri, C. Del Grande, E. Jouet, O. Las Vergnas et P. Lebel, (2015). «The Patient as Partner in Care: Conceptual Grounds for a Necessary Transition». *Academic Medicine*, 90 (4), 437-441.

Légaré, F., S. Turcotte, D. Stacey, S. Ratté, J. Kryworuchko et I.D. Graham (2012). «Patients' perceptions of sharing in decisions: a systematic review of interventions to enhance shared decision making in routine clinical practice». *Patient*; 5(1), 1-19.

Maurer, M., P. Dardess, K.L. Carman (2012). *Guide to Patient and Family Engagement: Environmental Scan Report*. American Institutes for Research, Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; May 2012. Repéré à <http://www.ahrq.gov/research/financing/final-reports/ptfamilyscan/ptfamilyscan.pdf>.

Noël-Hureau, E. (2010). «Quels savoirs « en jeu » (enjeux) autour de la maladie chronique», (coord. E. Jouet E, L. Flora). *Pratiques de formation : Analyses*, N° 58/59, 111-124.

Picker Institute (2012). *Patient centered care improvement guide*. Repéré à <http://www.patient-centeredcare.org/index.html>.

Pomey, M.-P., L. Flora, P. Karazivan, V. Dumez, P. Lebel, M-C. Vanier et E. Jouet (2015a). «Le modèle relationnel patient partenaire au profit des patients atteints de maladies chroniques : proposition d'une méthodologie de déploiement et d'appropriation». Numéro spécial : Maladies chroniques, quels enjeux pour les systèmes de soins? *Revue de Santé Publique*. (sous presse).

Pomey, M.-P., D.P. Ghadiri, P. Karazivan, N. Fernandez et N. Clavel (2015b). «The patient-health care professional partnership in practice: The patients' perspectives». *PLOS One*. (sous presse).

Réseau universitaire intégré en santé de Montréal (RUISM) (2014). *Guide d'implantation du partenariat de soins. Vers une pratique collaborative optimale entre intervenants et avec le patient* Repéré à http://ena.ruis.umontreal.ca/pluginfile.php/256/coursecat/description/Guide_implantation1.1.pdf.

Scottish Health Council (2010). *The participation tool kit supporting patient focus and public involvement in NHS Scotland*. Repéré à <http://www.moray.gov.uk/downloads/file77988.pdf>.

Statistique Canada. (2012). *Maladies et états de santé. Tableaux détaillés des CANSIM 2012*. Repéré à <http://www5.statcan.gc.ca/subject-sujet/result-resultat?pid=2966&id=1887&lang=fra&type=ARRAY&pageNum=1&more=0>

Vanier, M.C., V. Dumez, E. Drouin, I. Braut, S.A. MacDonald, A. Boucher, N. Fernandez, et M-L. Levert (2014). «Partners in interprofessional education: Integrating patients-as-trainers». Dans *Proceedings of the Josiah Macy Jr Foundation 2014 Conference: Engaging Patients, Families and Communities to Link Interprofessional Practice and Education*, 3-6 avril 2014. Washington. Pages 72-84. Disponible en ligne : http://macyfoundation.org/docs/macy_pubs/JMF_PartneringwithPFC.pdf

DOSSIER



Hannah Nicole, 2011. Certains droits réservés ©

CE QUI SE FAIT AILLEURS

L'approche « *Logement d'abord* » en partage entre Montréal et Bruxelles

La boîte noire

DOSSIER


Muriel Allart

Coordinatrice du projet Housing First de l'association Santé Mentale & Exclusion Sociale - Belgique

Sébastien Lo Sardo

Chargé de mission au Forum bruxellois de lutte contre la pauvreté



Thomas Hawk, 2013. Certains droits réservés 

Quels que soient les indicateurs mobilisés, la Région bruxelloise montre une exacerbation de la problématique du sans-abrisme. Les dispositifs existants paraissent impuissants face à une population, toujours plus importante, de sans-abri chroniques errant dans les dispositifs d'hébergement d'urgence et pour lesquels aucune solution de relogement ou d'insertion ne semble exister. Les maisons d'accueil ou les projets d'habitats accompagnés sont pris dans une logique de saturation chronique les obligeant à mettre en place des conditions d'accès toujours plus élevées. Ce faisant, ils tendent à exclure, *de facto*, les profils et les problématiques les plus complexes.

Dans ce contexte, deux associations bruxelloises - Santé Mentale & Exclusion Sociale -

ment d'abord dans les cinq plus grandes villes belges. La fin de cette expérimentation, dont le volet bruxellois est confié au Forum bruxellois de lutte contre la pauvreté (FBLP), est programmée pour juin 2016. La créativité bruxelloise en matière de lutte contre le sans-abrisme dépendra, dès lors, de la capacité et de la volonté des pouvoirs régionaux à prendre le relais.

Cette configuration est similaire à celle qu'a connue Montréal avec la fin du programme fédéral *At Home/Chez soi*. Pour cette raison, deux structures chargées de l'évaluation de programmes de type Logement d'abord – le CREMIS pour Montréal, le FBLP pour Bruxelles – ont initié, dès 2013, une dynamique d'étroite collaboration transatlantique. Avant de détailler cette collaboration et son impact, nous nous pencherons sur les spécificités du modèle *Housing First* et sa place en Région bruxelloise.

Le pari

La prévalence de troubles psychiques et psychiatriques dans la population sans-abri atteint des taux bien supérieurs à ceux de la population générale. Ils ont souvent pour conséquence l'augmentation de l'isolement social. Une santé mentale fragile peut aussi affecter la santé physique, surtout lorsqu'on vit dans la rue. En outre, une large frange de la population sans-abri en difficulté psychique souffre également de dépendances aux substances psychotropes légales ou illégales. Ce cumul de problèmes vient compliquer la stabilité résidentielle et donc l'accès aux droits qui en découle.

Les projets basés sur le modèle *Housing First* (Tsemberis et al., 2004) ciblent spécifiquement ce public et font le pari que l'accès et le maintien en logement soient possibles. Chaque aspect de ce modèle a été pensé en fonction de son efficacité en termes du maintien en logement des personnes sans-abri aux profils les plus complexes et de l'amélioration de leur bien-être.

Le logement est individuel et à loyer modéré. Il est accessible immédiatement depuis la rue ou les services d'urgence, sans condition de traitement ni d'abstinence, par le biais d'un bail standard (illimité dans le temps) et dispersé

Belgique (SMES-B) et Infirmiers de rue – ont choisi d'expérimenter une voie différente, celle du *Housing First* ou Logement d'abord. En Région bruxelloise, comme à Montréal quelques années auparavant, il s'agit d'offrir une sortie immédiate de la rue à des personnes cumulant sans-abrisme chronique, troubles psychiatriques et problématiques d'addiction, par le biais de l'accès à un logement individuel, permanent et inconditionnel, ainsi qu'à un accompagnement spécifique.

À Bruxelles, les projets portés par le SMES-B et par Infirmiers de rue font souffler un vent frais sur un secteur fragilisé, souffrant de sa fragmentation et de l'absence de politiques cohérentes en matière de logement. Mais cette capacité d'innovation demeure fragile. Ces initiatives sont, pour leur financement, dépendantes d'un programme fédéral d'expérimentation sociale – nommé *Housing First Belgium* – dont l'objectif est de tester l'approche Loge-

« À Bruxelles, les projets portés par le SMES-B et par Infirmiers de rue font souffler un vent frais sur un secteur fragilisé »

dans la ville avec un maximum de deux locataires du projet par bâtiment. L'expulsion a lieu uniquement en cas de non-respect des règles standards de location. Le logement est ici considéré comme la base du rétablissement de la personne sans-abri. Il permet d'acquérir les compétences à habiter un chez soi avec le soutien d'une équipe pluridisciplinaire. Ce travail demande une grande part de créativité et d'adaptation. Il nécessite aussi un réseau élargi qui puisse répondre aux besoins et demandes variés des locataires.

L'accompagnement est soit intensif (disponibilité 24h/24, 7 jours/7), soit sur mesure, mobile et sur base volontaire (choix du locataire du mode et de la fréquence de l'accompagnement). Le suivi est proposé aussi longtemps que nécessaire (même après expulsion). L'accompagnement psycho-médico-social est séparé du volet logement. Il est organisé selon le modèle ACT (*Assertive Community Treatment*) et/ou ICM (*Intensive Case Management*) selon les besoins du public.

L'efficacité du *Housing First* a été évaluée à de nombreuses reprises (Tsemberis *et al.*, 2004) et dans plusieurs pays (Bush Geertsema *et al.*, 2010). Les taux de maintien en logement y sont systématiquement supérieurs à 80%. Le coût global pour la société est moindre. A moyen terme, les personnes prises en charge par des dispositifs *Housing First* recourent moins aux services d'urgence et sont moins aux prises avec la justice.

Travail de fond

Le modèle *Housing First* offre l'occasion de replacer les politiques du logement au cœur de la problématique du sans-abrisme. Il permet également de réaffirmer le fait que le logement constitue un droit fondamental, inscrit dans la Constitution belge. Dès 2010, la Conférence européenne de consensus sur le sans-abrisme, organisée à Bruxelles sous la présidence belge de l'Union européenne, a avalisé la pertinence des méthodes dirigées vers le logement : l'offre et/ou le maintien d'un logement stable constituant l'étape initiale dans la résolution ou dans la prévention de situations d'absence de chez soi.

Pour ce qui est de la Région bruxelloise, le SMES-B a, dès 2011, voulu questionner la pertinence de projets de type *Housing First* dans le cadre d'une recherche-action (Martin 2011). En effet, alors que la notion de *Housing First* était fréquemment utilisée, aucun projet de ce type, décrit comme tel et suivant les principes du modèle, n'avait encore vu le jour et ce alors que le modèle «en escaliers» se heurtait et se heurte toujours, à de nombreuses limites et difficultés.

Les constats et recommandations principaux de cette recherche ont été qu'un changement d'approche vers une stratégie globale de réinsertion dirigée vers le logement était vivement souhaité ; qu'il y avait nécessité de mettre en place des solutions répondant à la situation des personnes à la rue qui combinent des problématiques de santé mentale et d'assuétudes, et qui sont généralement exclues de la plupart des services spécialisés et généralistes ; et que ce projet devait se développer en articulation avec le reste des secteurs et de manière décloisonnée. Il ne pouvait se faire sans tenir compte de la réalité associative et institutionnelle bruxelloise.

À la suite de cette étude, le SMES-B a convié plusieurs partenaires pour construire ensemble un projet *Housing First*. Dès septembre 2013,

le SMES-B et l'ASBL Infirmiers de Rue mettent effectivement en œuvre un projet de *Housing First*, dans le cadre de l'expérimentation fédérale *Housing First Belgium*.

Ces projets sont donc récents et les budgets sont loin de ceux des dispositifs *Housing First* développés dans d'autres pays. Néanmoins, nous constatons déjà des résultats encourageants. Les locataires sont satisfaits, ils se sentent respectés et ils gagnent en estime d'eux-mêmes. Ils vont globalement mieux, même s'il y a des hospitalisations et des rechutes. L'évolution de certains est même impressionnante eu égard à leur long parcours d'errance et d'échecs institutionnels. La confiance s'est installée et permet un travail de fond. Les taux de maintien en logement sont, comme attendu, supérieurs à 80%. Ces résultats ont été rendus possibles par le partenariat qui soutient le projet depuis ses débuts et par l'intégration des résultats et expériences réalisées dans d'autres pays et régions.



Thomas Hawk, 2011. Certains droits réservés (CC)

Espaces de concertation

De manière à anticiper la fin de l'expérimentation fédérale, les porteurs bruxellois du modèle *Housing First* – le SMES-B, Infirmiers de rue et le FBLP chargé de l'évaluation des projets – se sont donné comme mission de préparer l'implémentation du modèle en Région bruxelloise.

Dans ce cadre, le FBLP a initié, dès 2013, une collaboration avec le Centre affilié universitaire de santé et de services sociaux Jeanne-Mance à Montréal, responsable de deux des trois équipes de suivi de l'expérimentation montréalaise *At Home/Chez soi* et avec son centre de recherche, le CREMIS, alors en charge du volet qualitatif de la recherche expérimentale. En avril 2014, le FBLP a reçu à

« Les locataires sont satisfaits, ils se sentent respectés et ils gagnent en estime d'eux-mêmes. »

Bruxelles la visite d'une délégation du CREMIS, constituée de chercheurs, d'une praticienne et d'une gestionnaire. Le FBLP a organisé une série de rencontres réunissant le CREMIS et les principaux acteurs du secteur bruxellois de lutte contre le sans-abrisme.

La venue du CREMIS a permis de prendre le pouls du secteur bruxellois de lutte contre le sans-abrisme quant à l'approche *Housing First*, d'en identifier les intérêts et les réticences. Elle a également permis de réaffirmer la pertinence d'une comparaison entre Montréal et la Région bruxelloise. En effet, avec la fin du projet *At Home/Chez Soi*, Montréal a dû, avec deux années d'avance, répondre aux questions qui se posent aujourd'hui à Bruxelles. Quelles suites donner à une expérimentation fédérale ? Comment orienter les politiques publiques de lutte contre le sans-abrisme ? Quelle stratégie adopter afin d'implémenter un modèle ayant largement fait ses preuves en tant que stratégie efficace de lutte contre le sans-abrisme ?

Pour répondre à ces questions, le FBLP a organisé, en collaboration avec le CREMIS, le voyage à Montréal d'une délégation bruxelloise au mois de novembre 2014. Cette délégation, composée de 14 personnes, se voulait suffisamment large pour couvrir le spectre de la lutte contre le sans-abrisme en Région bruxelloise et des champs qui lui sont connexes. Elle réunissait les porteurs de projets *Housing First*, les responsables des principaux refuges et maisons d'accueil bruxelloises, des acteurs venus du logement social et de la santé mentale, ainsi que des responsables politiques de l'action sociale et du logement. La délégation réunissait, pour ce qui est de la perception du *Housing First*, un mélange de convaincus et de sceptiques bien représentatif des paysages associatifs et institutionnels bruxellois.

Durant une semaine, Montréalais et Bruxellois ont ouvert la boîte noire de l'expérimentation *At Home/Chez soi* en explorant les réussites du projet mais aussi les interrogations et les tensions entre acteurs communautaires et institutionnels qu'a soulevées son implémentation. La mission montréalaise a été, de notre point de vue de participants et d'organiseurs, un franc succès. Elle a permis d'ouvrir des espaces de

concertation au sein du secteur bruxellois de lutte contre le sans-abrisme et d'y insuffler un sens retrouvé de la cohésion.

Un Housing First bruxello-bruxellois ?

Dès le retour de Montréal, les membres de la délégation ont présenté leurs conclusions au cabinet de la Ministre bruxelloise de l'Action sociale. En conséquence, celle-ci a consenti à financer, après un appel à projets, un programme *Housing First* bruxellois dès le printemps 2015. Cet appel à projets témoigne, en premier lieu, de la volonté des pouvoirs publics bruxellois à reprendre la main au terme de l'expérimentation *Housing First Belgium*. La dynamique innovante insufflée par ce programme fédéral trouvera ainsi une continuité sur le plan régional, plutôt que de rester lettre morte.

Le voyage à Montréal a également permis d'instaurer un climat de prudence et de cohésion au sein du secteur de la lutte contre le sans-abrisme. À la veille d'implémenter un programme *Housing First* bruxellois, le principal écueil à éviter est celui de l'effet d'aubaine qui verrait une série d'acteurs d'engouffrer dans la brèche sans accompagnement, sans préparation et avec une connaissance toute relative du modèle *Housing First*. Pour l'éviter, la délégation s'est constituée en groupe de travail visant à proposer, dans le cadre de l'appel à projets suscité, un programme *Housing First* cohérent et porté par l'ensemble du secteur. Ce programme, baptisé *Housing First Brussels*, table sur la mise en place de deux équipes pluridisciplinaires – conduites par le SMES-B et par Infirmiers de rue – de type ACT. Il propose également la mise en place de stratégies originales de captation de logement, tant sur le marché locatif privé que sur le secteur du logement social. Ce faisant, *Housing First Brussels* ouvre la voie à un changement de paradigme qui verrait le secteur associatif devenir un pôle de création de logement plutôt que le parent pauvre d'un marché locatif sous tension.

ment et l'accompagnement des personnes. Il nous semble essentiel d'enregistrer, de documenter et de valoriser cette créativité pratique. Ce travail pourrait prendre la forme d'une ethnographie collant au plus près des pratiques de terrain et s'inspirer des récits de pratiques d'intervention en itinérance proposés par le CREMIS.

Les enseignements du *Housing First* pourraient servir à nourrir d'autres champs de l'aide sociale (santé mentale, accompagnement au logement, services généralistes), notamment par la production de manuels destinés aux professionnels de terrain, aux coordinateurs

d'associations et aux étudiants en travail social. Ce travail permettrait également de créer une synergie réelle entre l'activité de recherche et celle, engagée dans le concret, des travailleurs de terrain. La première venant enrichir la seconde en lui offrant l'occasion de temps d'arrêt et d'espaces de réflexivité.



Jerry O'connor, 2009. Certains droits réservés ©

Le groupe de travail a également voulu que *Housing First Brussels* soit doté d'un important volet d'évaluation et d'accompagnement. L'objectif de ce volet recherche serait de faire émerger une culture bruxelloise du *Housing First* et d'ancrer les projets dans une démarche d'évaluation continue. Il s'agirait également d'organiser la formation des professionnels et d'assurer un certain degré de fidélité par rapport au modèle de base.

L'une des tâches dévolues à ce volet recherche serait de documenter l'impact du modèle *Housing First* sur les pratiques de travail social. Énoncer que le *Housing First* constitue un modèle innovant tient aujourd'hui du truisme. En dernière analyse, pourtant, les porteurs de cette capacité à innover sont les professionnels de terrain engagés dans la recherche de loge-

L'organisation communautaire au Québec et à Barcelone

Un nouvel éclairage

DOSSIER

Jean-Baptiste Leclercq

Chercheur d'établissement
au CAU-CSSS Jeanne-Mance,
CREMIS

En collaboration avec Marta
Llobet Estany, professeure
en travail social, Université
de Barcelone, membre colla-
boratrice du CREMIS

En Espagne, depuis 2008, on assiste à une franche régression de l'État social. Alors que les inégalités sociales s'accen-

tuent, des mouvements sociaux et des initiatives privilégiant une approche collective des problèmes sociaux prennent le relai de cet État social défaillant (Cabrero, 2008). Au Québec, la mise en place de restrictions budgétaires au sein du réseau de la santé et des services sociaux soulève de vives inquiétudes chez les organisateurs communautaires qui envisagent une mutation de leur contexte de travail (Leclercq, 2014a; Lachapelle et Bourque, 2010; Favreau et Hurtubise, 1993). Dans un contexte où les politiques sociales dans les deux pays ont tendance à individualiser les pratiques d'intervention, l'organisation ou le travail communautaire met plutôt de l'avant des approches collectives, d'où l'intérêt de



Howard Ignatius, 2014. Certains droits réservés

regarder de plus près ces pratiques et leur impact actuel et potentiel sur les inégalités sociales dans le cadre d'un État social en pleine reconfiguration.

C'est dans ce contexte, et dans le cadre d'une entente de collaboration signée entre l'Université de Barcelone et le CREMIS, qu'un programme de recherche est en phase de démarrage. Celui-ci porte sur la reconfiguration de l'État social en Catalogne et au Québec, et sur l'impact des pratiques de «travail communau-

taire» (Catalogne) ou d'«organisation communautaire» (Québec) sur les inégalités sociales, tout particulièrement dans le champ de l'habitation et de l'aménagement urbain. Le programme inclut trois volets interreliés : 1) la réalisation d'études de cas portant sur deux projets d'aménagement, l'un à Barcelone et l'autre à Montréal; 2) l'établissement de « cartographies » de pratiques en organisation/travail communautaire dans le champ de l'habitation et de l'aménagement, et ce dans les deux villes; et 3) l'élaboration d'indicateurs pour évaluer l'impact des pratiques étudiées sur les inégalités sociales.

Ce programme s'inscrit dans la prolongation de travaux préliminaires mettant en lien chercheurs et organisateurs/travailleurs communautaires à Montréal et à Barcelone. Ces recherches et échanges ont permis de dresser un cadre contextuel de l'organisation communautaire au Québec (Leclercq, 2014) et de mettre en place des ateliers de travail permettant de relever le point de vue de différents acteurs concernés dans les deux villes : organisateurs/travailleurs communautaires, gestionnaires, partenaires communautaires et chercheurs. Connaître ce qui se fait ailleurs est en soi source d'inspiration et de renouvellement de pratiques. Pour les milieux de pratique en Cata-

logne et au Québec, les résultats de ce programme de recherche permettront d'affiner la réflexivité dans les pratiques, contribueront à repenser les pratiques ou à les mettre en valeur, ainsi qu'à enrichir la formation universitaire dans les deux pays.

Reconfigurations

Si l'organisation communautaire est, dans la littérature, davantage traitée du point de vue du travail social (Baillargeau, 2007), l'approche sociologique est privilégiée dans ce programme. En outre, mis à part quelques comparaisons internationales ou pancanadiennes concernant le développement des communautés (Letellier et Bourque, 2013) ou le « *community development* » (Pierce et Dale, 2000), les analyses ont tendance à demeurer au niveau local ou régional. Dans notre programme, nous comparerons le travail communautaire en Catalogne, qui se veut à la fois un référent méthodologique de l'intervention sociale, un processus organisationnel visant le développement social et une pratique organisationnelle impliquant la population (Barbero, Cortès, 2005), et l'organisation communautaire en CSSS au Québec.

L'accent est mis sur la reconfiguration de l'État social dans les deux pays. Depuis 2007, l'Espagne subit une récession économique entraînant une extension de la précarité sociale (Laparra, Navarro et Eransus, 2010). La perte de confiance envers les institutions va de pair avec la réinvention de formes de solidarité et de créativité sociales, notamment dans le champ de l'habitation (Frotiée, 2013, Llobet Estany, 2006, 2007). L'étude de cas qui se fera dans le cadre de ce programme à Barcelone, ainsi que la cartographie des pratiques en travail communautaire, se situent au cœur de ces changements et permettront d'observer de près le rôle des travailleurs communautaires.

Au Québec, le rôle des organisateurs communautaires a fortement évolué depuis la création des Centres locaux de services communautaires (CLSC) en 1972 (Leclercq, 2014a; Lachapelle et Bourque, 2010). La création des Centres de santé et de services sociaux (CSSS) en 2004 marque un tournant important, particuliè-

« Ce programme s'inscrit dans la prolongation de travaux préliminaires mettant en lien chercheurs et organisateurs/travailleurs communautaires à Montréal et à Barcelone. »

rement en ce qui concerne la formalisation des pratiques (Bourque et Lachapelle, 2010). Celles-ci semblent de plus en plus balisées par un paradigme de santé publique et par la «nouvelle gestion publique» (Turcotte et Bastien, 2010; Larivière, 2005). L'organisation communautaire en CSSS se situe au cœur de paradoxes, de tensions et de logiques contradictoires (Leclercq, 2014). Elle est, par exemple, censée agir sur les déterminants sociaux de la santé et les causes des problèmes sociaux, alors que l'action publique se contente d'en gérer les conséquences. L'étude du cas effectué à Montréal et la cartographie des pratiques permettront de voir l'organisation communautaire à l'œuvre, tout en contribuant – avec le cas catalan – au développement d'indi-

cateurs d'impact dans un domaine d'intervention qui se prête difficilement à l'évaluation.

Études de cas

Le cas choisi à Barcelone est un ancien site industriel occupé et géré collectivement par des habitants du quartier sur une base autogérée. Le bâtiment héberge, entre autres services, une bibliothèque sociale, un espace polyvalent de réunion, un auditorium, des ateliers d'arts plastiques, scéniques et audiovisuels et des espaces d'exposition. D'autres projets en construction visent à répondre aux besoins du quartier en matière d'équipements, de logements et de zones vertes. Nous regarderons de près les rapports entretenus entre ce collectif et les travailleurs communautaires œuvrant au sein des services sociaux municipaux.

Du côté de Montréal, l'étude de cas portera sur une ancienne église reconvertie en un centre à vocation sociale, communautaire et d'habitation communautaire. Le projet de conversion est porté par plusieurs organismes communautaires ou culturels copropriétaires offrant, à travers leurs missions respectives, différents services à la population, dont des services d'accueil, de centre de jour, d'employabilité et d'hébergement. Un organisateur communautaire du CSSS a soutenu le développement de ce projet. Des personnes fréquentant les différents



Thomas Hawk, 2013. Certains droits réservés

points de service seront interrogées sur leur expérience de l'intervention sociale et son impact sur leur trajectoire de vie. Pour ces deux cas, nous verrons de quelle manière ces projets ont eu un impact sur les inégalités sociales et de quelle façon les organisateurs ou travailleurs communautaires y ont contribué.

Les territoires où sont situés les deux cas étudiés sont marqués par les inégalités sociales. Intervenant au cœur de grands centres métropolitains, les intervenants sont confrontés aux problèmes complexes des centres-villes, exacerbés, dans le cas de la Catalogne, par la crise économique en cours (Montaner, 2014, Llobet Estany, 2010, 2014). Dans les deux villes, nous réaliserons des entretiens semi-dirigés auprès d'organiseurs/travailleurs communautaires impliqués dans le champ de l'habitation et de l'aménagement. Quelle est la spécificité de leur approche par rapport à d'autres modes d'intervention? Quels outils sont à leur disposition pour agir sur les inégalités sociales? Comment envisagent-ils l'impact de leurs pratiques en termes d'inégalités sociales?

Des groupes de discussion seront organisés à Barcelone et à Montréal dans le but de réfléchir à l'impact des pratiques professionnelles sur les inégalités sociales. Au-delà d'un souci de réflexivité, c'est le développement d'indicateurs et de leur applicabilité dont il sera question. Seront intégrés à ces discussions les résultats en cours d'élaboration provenant des deux autres volets du programme, permettant d'ancrer les discussions dans les études de cas analysés et les exemples provenant de l'analyse cartographique.

Analogies

En prenant comme cas d'étude deux pays différents, nous pourrions répondre à certaines faiblesses identifiées dans la littérature quant à la théorisation de l'État social. À cet égard, Lessenich (1996) considère que la théorisation classique d'Esping Andersen (1999) avec ses trois régimes-types «social-démocrate» (Scandinavie),

« En prenant comme cas d'étude deux pays différents, nous pourrions répondre à certaines faiblesses identifiées dans la littérature quant à la théorisation de l'État social. »

«libéral» (États-Unis, Grande-Bretagne) et «corporatiste-conservateur» (France et Allemagne) ignore certains modes d'intervention développés ailleurs, notamment en Espagne. À ce titre, la comparaison Catalogne/Québec offre des analogies intéressantes. Il s'agit d'États sociaux régionaux ou provinciaux auxquels les gouvernements centraux ont transféré une grande partie de leurs prérogatives, notamment en santé, dans le domaine social et en éducation. Les régimes d'assurance sociale sont aussi partagés entre les deux niveaux de gouvernement dans les deux cas. Au niveau sociohistorique, on retrouve, dans les deux cas, un déploiement relativement tardif de l'État social, le rôle central de l'Église catholique, des mouvements indépendantistes et des enjeux culturels et linguistiques comparables.

L'approche sociologique proposée quant à l'organisation/travail communautaire et son impact sur les inégalités sociales permettra également de jeter un nouvel éclairage sur ces pratiques. Depuis plusieurs décennies, les pratiques des organisateurs communautaires font l'objet d'une littérature alimentée par des praticiens soucieux de prendre du recul par rapport à leurs pratiques et par des universitaires proches du terrain (Baillergeau, 2007). Il est alors parfois difficile de distinguer la définition de l'organisation communautaire d'une volonté de légitimation de pratiques d'intervention. Tout en reconnaissant la pertinence de ces travaux pour comprendre la genèse et la pluralité des pratiques en organisation communautaire, notre apport sera de proposer des outils et des concepts sociologiques qui leur seront complémentaires, d'autant plus utiles que les contextes mouvants en Catalogne et au Québec peuvent donner lieu à des situations inédites sur le plan du renforcement des inégalités sociales.

Impacts

Par reconfiguration de l'État social, nous nous référons à la notion de « configuration » élaborée par Norbert Elias (1987). L'État social ne serait pas une substance, mais plutôt un réseau complexe et enchevêtré d'interdépendances. Suivant Castel (1995) le terme « État social » est préféré à celui d'« État providence », ce dernier étant trop associé à la notion de chari-

té. Dans l'optique de Castel, l'État social regrouperait l'ensemble des interventions étatiques visant un « bien-être » social au sein d'une population. Cela peut recouvrir aussi bien les politiques de soutien au revenu ou à l'emploi, de santé, d'éducation ou tout ce qui a trait aux politiques sociales. Nos travaux précédents ont montré que l'État social peut (re)produire des inégalités sociales au sein de certains dispositifs (Leclercq, 2007, 2009, 2010, 2013).

«Agir sur les déterminants sociaux de la santé » ou « lutter contre la pauvreté ou l'exclusion » sont autant de catégories d'action publique qui, dans la pratique, n'enraient pas forcément les inégalités sociales contre lesquelles on est censé lutter. Celles-ci sont dues aux structures de la société s'inscrivant dans un ordonnement économique et social complexe et de plus en plus globalisé. Au-delà de leur dimension matérielle, les inégalités sociales ont une dimension relationnelle. Elles sont produites dans le cadre de rapports de genre, de classe, d'ethnicité ou d'âge, entre autres (Bilge, 2011; Dorlin, 2009; Pfefferkorn, 2007; Fassin, 2006; Poiret, 2005; Juteau, 1994; McAll, 1990; Guillaumin, 1972). Les inégalités sociales peuvent se mettre en place à travers la stigmatisation (projection de traits négativement connotés) ou des pratiques discriminatoires fondées sur des catégories d'appartenance réelles ou supposées. L'impact des pratiques des organisateurs ou travailleurs communautaires (et de l'État social) sur les inégalités sociales veut dire ainsi l'impact sur les conditions matérielles de vie, mais aussi sur les rapports sociaux producteurs de ces conditions.

Baillergeau, E. (2007). « Organisation communautaire et pratique professionnelle au Québec. Nouveaux défis, nouvelles problématiques ». *Informations sociales*, 7(143), 98-107.

Barbero, J. M., et F. Cortès (2005). *Trabajo comunitario, organización y desarrollo social*. Anaya-Spain.

Bilge, S. (2011). « De l'analogie à l'articulation: théoriser la différenciation sociale et l'inégalité complexe

Thomas Hawk, 2010. Certains droits réservés ©



- ». *L'Homme et la société*, 176(2), 43-64.
- Cabrero, G. R. (2008). « L'État-providence espagnol: pérennité, transformation et défis ». *Travail et emploi*, (3), 95-109.
- Castel, R. (1995). *Les métamorphoses de la question sociale: une chronique du salariat*, Paris, Fayard.
- Dorlin, E. (2009). *Sexe, race, classe: pour une épistémologie de la domination*, Paris, Presses universitaires de France.
- Elias, N. (1987). *La société des individus*. Fayard.
- Esping-Andersen G. (1999). *Les trois mondes de l'État providence. Essai sur le capitalisme moderne*, Paris, Presses universitaires de France.
- Fassin, E. (2006). « Questions sexuelles, questions raciales. Parallèles, tensions et articulations ». *Cahiers libres*, 230-248.
- Favreau, L., et Y. Hurtubise, (1993). *CLSC et communautés locales: la contribution de l'organisation communautaire*. PUQ.
- Guillaumin, C. (1972). *L'Idéologie raciste, genèse et langage actuel*, Paris, Mouton.
- Juteau, D. (1994). « De la fragmentation à l'unité: vers l'articulation des rapports sociaux ». *L'égalitarisme en question. Cahiers de recherche éthique*, 18, 81-108.
- Lachapelle, R., et D. Bourque, (2010). *L'organisation communautaire en CSSS. Service public, participation et citoyenneté*, Québec, Presses de l'Université du Québec.
- Larivière, C. (2005). « Les risques de la nouvelle gestion publique pour l'intervention sociale. *Interaction communautaire*, 70, 13-17.
- Leclercq, J.B. (2014). « L'organisation communau-

taire" au Québec et la reconfiguration de l'État social » *Revue du CREMIS*, 7(1), 49-55. http://www.cremis.ca/sites/default/files/revues/vol_7_no_1_vf_site.pdf

Leclercq, J.B. (2013). « Discrimination et racismisme au quotidien en Andalousie : l'insertion continue ». *Revue du CREMIS*, 6(2), 46-52. <http://www.cremis.ca/discrimination-et-racisme-au-quotidien-en-andalousie-linsertion-continue>

Leclercq J.B. (2010). « Les formateurs d'Escuelas-Taller et Talleres del Empleo : entre reconfiguration de l'État social et discriminations ». Dans E. de Lescure et C. Frétigné (dir.), *Les métiers de la formation : approches sociologiques*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes, 147-156.

Leclercq J.B. (2009). « Reconfiguration de l'Estado de bienestar et discriminations en quartier stigmatisé : enquête dans la Zona Norte de Grenade ». *Diversité Urbaine*, 9(2), 119-139. <http://www.erudit.org/revue/du/2009/v9/n2/Q39390ar.html?vue=resume>

Leclercq, J.B. (2007). *L'insertion continue : reconfiguration de l'État social et discriminations en quartier stigmatisé. Une enquête de terrain dans le quartier de la Zona Norte de Grenade, Andalousie*. Thèse de doctorat, Université Paris 7.

- Lesserich S. (1996), « España y los "regímenes" de Estado del Bienestar », *Revista internacional de sociología*, n°13, pp. 147-161.
- Letellier, D. et D. Bourque, (2013), *Actes de l'atelier international : Pratiques et métiers du développement territorial intégré*, Montréal, Cahiers de la CRCOC.
- Llobet Estany, M. (2014, mai). « *Plataforma de afectados por la hipoteca* » : l'action sociale issue du mouvement des indignados peut-elle inspirer le renouvellement de nos pratiques d'organisation communautaire? Communication présentée colloque du RQIIAC 2014. Saint-Félicien.
- Llobet Estany, M. (2010). « Le squat : un espace de socialisation et une alternative à la stigmatisation de la précarité des jeunes ». *Sociétés et jeunes en difficulté, Revue pluridisciplinaire de recherche*, (hors série).
- McAll, C. (1990). *Class, ethnicity, and social inequality*, Montréal, McGill-Queen's University Press.
- Montaner, J.M. (2014, 16 juillet). « Barcelona y el problema de la vivienda ». *El País Cataluña*.
- Pfefferkom, R. (2007). *Inégalités et rapports sociaux. Rapports de classes, rapports de sexes. La Dispute*.
- Pierce, J. T., et A. Dale, A. (sous la direction de). (2000). *Communities, development and sustainability across Canada*, Vancouver, UBC Press.
- Turcotte, D. et R. Bastien (2010). « Services publics, gestion axée sur les résultats et regards ethnographiques: utopie ou dystopie? » *Altérités*, 7(2), 9-26.

15^{ème} atelier international du CREMIS à Grenoble

Inégalités sociales et recours aux soins et aux services sociaux

DOSSIER

Geneviève McClure

Agente de planification et
de recherche
CREMIS



Barbara Blossfeld, 2012. Certains droits réservés ©

Salon d'honneur de la
Mairie de Grenoble, 24
octobre 2014. Environ

200 personnes sont rassemblées pour la journée, se faisant assigner un siège bien précis dans cette grande salle qui sera le théâtre d'un événement plutôt inhabituel. Issues des milieux universitaire, municipal, associatif et militant, elles viennent assister au colloque qui clôture le 15^e Atelier International de Recherche et d'Actions sur les inégalités sociales et les discriminations. Les participants et participantes à l'Atelier se lancent dans l'animation de ce colloque rendant compte des travaux réalisés au cours de quatre jours de séances de travail intensives. Retour sur cette 15^e édition de l'Atelier.

L'automne dernier, une délégation québécoise s'envole vers Grenoble, se lançant dans une aventure en bonne partie imprévisible et pour le moins déstabilisante. Du 20 au 24 octobre, se sont réunis à la Maison des associations de la Ville de Grenoble, des chercheurs, des intervenants sociaux et de santé, des travailleurs pairs, des représentants d'usagers, des militants et des responsables institutionnels et politiques - 48 personnes en tout - venant principalement de la France et du Québec.

Ce groupe a participé à quatre jours de séances intensives de travail sur la question des inégalités sociales et du recours aux soins et aux services sociaux. Plus spécifiquement, ce sont les problématiques de l'accompagnement et de la reconnaissance des personnes, des formes de non-recours aux services, aides et dispositifs, qui ont été abordées au fil de ces séances. L'objectif était de permettre aux participants d'échanger à partir de leurs expériences et savoirs, de se pencher sur des initiatives

racisme. Au fil du temps, la thématique s'est élargie afin de prendre en compte les multiples formes de discrimination traversant les différentes sphères de la vie sociale. Ce regard plus global proposé dans le cadre des ateliers récents rejoint les axes de la programmation du CREMIS. À partir de 2009, les ateliers ont été organisés en alternance au Québec et en France, principalement à Lille, en partenariat avec l'Association CLÉ Nord-Pas-de-Calais. Dans la continuité d'un partenariat de longue date entre le CREMIS et l'équipe de l'Observatoire des non-recours aux droits et services (ODENORE),¹ l'édition 2014 de l'Atelier s'est déroulé à Grenoble.²

Pratiques en question

Quels sont les pratiques et rapports marqués par les discriminations et producteurs d'inégalités que nous pouvons identifier dans nos milieux respectifs ? En quoi consistent ces pratiques/rapports ? Comment les expliquer ? Quels sont leurs impacts sur les personnes ? Jusqu'à quel point les soins de santé et les services sociaux reproduisent-ils ces rapports ? Quels liens peut-on faire entre le non-recours aux soins et aux services et les inégalités sociales ? Autant de questions qui ont sous-tendu les échanges du premier jour de l'atelier.

Les deuxième et troisième jours ont été l'occasion d'aborder le thème des « Pratiques d'accompagnement et de reconnaissance ». En partant d'exemples concrets, les participants ont développé moult réflexions à partir des questionnements suivants : Quelles pratiques développées dans nos milieux sont prometteuses pour réduire les discriminations/inégalités et améliorer l'accès aux soins et aux services ? En quoi consistent ces pratiques ? Qu'est-ce que l'on sait de leurs impacts sur les populations concernées ? Quelles sont les conditions qui ont permis leur mise en place ? Quels ont été les obstacles rencontrés ? Comment ces derniers ont-ils été surmontés, le cas échéant ? Jusqu'à quel point ces pratiques ont-elles intégré la participation citoyenne (c'est-à-dire, des pratiques de prise de parole, de co-construction de savoirs et pratiques, de partage de connaissances) ? Si oui, en quoi consistent ces dernières pratiques ?

porteurs soutenus par les personnes présentes, d'identifier les freins auxquels les acteurs sont confrontés et de mieux comprendre les enseignements tirés de la recherche. La formule de séances intensives de travail visait à créer un environnement immersif favorisant le développement de liens entre les participants. Ces quatre jours ont été l'occasion pour les personnes présentes de s'interroger collectivement sur leurs pratiques, dans une démarche de croisement des savoirs propres aux habitudes du CREMIS.

En effet, depuis 2003, le CREMIS a organisé une série d'ateliers internationaux, en France et au Québec – ateliers qui réunit des participants francophones de différents horizons. Lieu de rencontres, d'échanges et de réflexion, les ateliers portaient à l'origine sur la question du

« Au fil du temps, la thématique s'est élargie afin de prendre en compte les multiples formes de discrimination traversant les différentes sphères de la vie sociale. »

Le quatrième jour a permis de s'approprier et de bonifier collectivement un travail de synthèse réalisé par l'équipe d'animation afin de préparer le colloque de clôture du lendemain.

Thèmes

Au fil des séances de travail, vingt-six pratiques ont été décrites et analysées, permettant d'aborder une multitude de champs, allant de la santé mentale à l'intervention en milieu scolaire, en passant par l'itinérance, la toxicomanie et le handicap, pour ne nommer que ceux-là. Quatre thèmes généraux ressortent des échanges autour des pratiques et ont été retenus afin de structurer le colloque de clôture.

Un premier thème met en tension des pratiques d'étiquetage ou de mise en catégorie qui tendent à infantiliser les personnes, tout en les réduisant à leur « problème » ou à leur « maladie », et des pratiques fondées sur la reconnaissance qui permettent d'aborder les personnes dans leur globalité.

Les pratiques administratives et organisationnelles ont constitué le deuxième thème retenu. Elles ont permis d'identifier un continuum allant de la « rigidité » organisationnelle, qui se pose comme un frein dans l'accès aux soins et aux services, à la « souplesse » qu'on retrouve dans les organisations ouvertes au changement, à se mettre en réseau, à « aller vers » les personnes qu'elles souhaitent rejoindre en s'adaptant à leurs besoins.

Un troisième thème s'articule autour de la hiérarchisation des savoirs et de l'écoute portée à ces différents savoirs, notamment ceux issus de l'expérience. Les pratiques qui permettent de mieux saisir l'impact de la participation des pairs sur un accès adéquat aux soins et services ont été au cœur de ce thème, de même que celles adoptant une posture de co-

construction, fondée notamment sur la participation citoyenne. En quatrième lieu, les échanges ont mené à réfléchir et à débattre des dimensions politiques des différentes pratiques abordées.

Tribunal

Pour clore ce quinzième atelier, un public élargi a été convoqué à la Mairie de Grenoble pour débattre des thèmes retenus. Cette journée a pris la forme d'un *Tribunal populaire des droits* devant lequel les participants à l'atelier ont été appelés à témoigner. Différentes pratiques ont été présentées au public. Dans une mise en scène préparée par les participants à l'atelier, deux d'entre eux se sont prêtés au jeu d'incarner l'avocat de la défense et le procureur devant interroger tour à tour les participants, afin de faire ressortir les atouts et limites des pratiques abordées. Le public, réparti en sous-groupes, a été invité ensuite à délibérer sur les pratiques présentées, en tant que membres du tribunal. Ces délibérations et les travaux de l'atelier dans leur ensemble, seront rendus disponibles sous la forme d'actes dans le courant de 2015.³

Notes

1. Issu d'une recherche exploratoire sur le non-recours aux services de l'État, le constat d'un manque d'outils de mesure et de connaissance a conduit à construire un dispositif d'observation. Labellisé en juin 2002 par le réseau [France Qualité Publique](#), l'ODENORE a été créé officiellement en mars 2003 comme dispositif du laboratoire [PACTE](#) à l'[Institut d'Etudes Politiques de Grenoble](#) où il participe depuis 2012 à la Grande Thématique de Recherche « Questions sociales & Inégalités – Politiques, publics et territoires ». Créé comme Équipe de Recherche Technologique par le Ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche en janvier 2009, l'ODENORE regroupe une dizaine de chercheurs, ingénieurs de recherche et doctorants qui travaillent en réseau avec plusieurs équipes de laboratoires du CNRS. Ses activités de recherche, d'études, d'aide à la maîtrise d'œuvre et de formation sont développées en lien étroit avec de nombreux acteurs nationaux et locaux des politiques sociales et de santé.
2. En partenariat avec le programme de deuxième cycle *Villes, Territoires et Solidarité* de l'[Institut d'Etudes Politiques de Grenoble](#).
3. Le contenu de ce texte provient de différents documents produits par l'équipe d'organisation et d'animation de l'atelier.

Les participants et participantes à l'Atelier

Khalid Alaoui, membre du CCPA, du HCLPD, du CNLE et membre du comité de suivi DALO, Paris
 Arnaud Beauquis, travailleur pair, Service Totem, Grenoble
 Sylvia Bissonnette, coordonnatrice du Groupe de recherche et de formation sur la pauvreté au Québec, membre du CREMIS, Montréal
 Mélissa Blais-Lusignan, paire-aidante, Groupe d'intervention alternative par les pairs (GIAP), Montréal
 Laurence Bobo, cheffe de service du Conseil Habitat Jeunes, Union Mutualiste pour l'Habitat et l'Insertion des Jeunes, Grenoble
 Louis Bourgois, étudiant à Sciences Po Grenoble en master VTS, administrateur de l'association LAHSo, administrateur FNARS Rhône-Alpes, Lyon
 Emmanuel Carroz, élu, adjoint à l'Égalité des Droits et à la Vie associative à la Mairie de Grenoble
 Christine Chamay-Heitzler, chargée de développement de projets innovants hébergement et logement, PACT13, Marseille
 Catherine Chauveaud, cofondatrice et membre de l'ODENORE, présidente de l'association Femmes SDF, Grenoble
 Sami Chayata, chargé de mission hébergement et projets solidaires, Délégation Interministérielle à l'Hébergement et à l'Accès au Logement, Paris
 Firdaous Chairi, doctorante au Laboratoire PACTE, Grenoble et Rabat
 Francine Côté, adjointe à la direction des services généraux et programmes spécifiques, CSSS Jeanne-Mance, gestionnaire-chercheur membre du CREMIS, Montréal
 Sophie Coulombe, étudiante au baccalauréat en sociologie, Université de Montréal
 Monique Fourquet, médecin, chargée de mission «Santé et précarité», Conseil Général de l'Isère, Grenoble
 Karine Gatelier, anthropologue, Modus Operandi, ADA38, Grenoble
 Valérie Godzik, responsable de la plateforme mobilité, CCAS de Grenoble
 Odile Griette, cheffe du service Protection Maternelle et Infantile (PMI), Conseil Général de l'Isère, Grenoble
 Alain Guézou, membre de RSA COOP, Grenoble
 Camille Guipouy, étudiante à Sciences Po Grenoble en master VTS, stagiaire à l'ODENORE, Grenoble
 Laurence Hamel-Roy, étudiante au baccalauréat en sociologie, Université de Montréal
 Donatien de Hautedoque, étudiant à Sciences Po Grenoble en master VTS, ancien responsable de projet de lutte contre les discriminations dans une mairie de l'agglomération grenobloise, Grenoble
 Roch Hurtubise, chercheur et professeur à l'École de travail social de l'Université de Sherbrooke, membre du CREMIS, Sherbrooke
 Mondane Jactat, élue, adjointe à la Santé à la Mairie de Grenoble
 David Laumet, travailleur social, chef du service Totem, membre du GAN Jeunes FNARS et membre de l'ODENORE, Grenoble
 Serge Laurens, sociologue et politologue, membre du

Comité Consultatif Régional des Personnes Accompanyées et Accueillies, administrateur FNARS Rhône-Alpes, Lyon
 Sarah Lazzaroni, correspondante jeunesse, Ville de Grenoble
 Lynda Lebbad, Adjointe de direction référent Maison des habitants, CCAS de la Ville de Grenoble
 Julien Lévy, doctorant au laboratoire PACTE, membre de l'ODENORE, sociologue au Relais Ozanam, administrateur FNARS Rhône-Alpes, Grenoble
 Marta Llobet, professeure en travail social, Université de Barcelone, membre collaboratrice du CREMIS, Barcelone
 Frédéric Maari, spécialiste en activités cliniques – programme dépendances, CAU-CSSS Jeanne-Mance, praticien-chercheur au CREMIS, Montréal
 Bénite Mandaka, étudiante en droit, présidente de l'Association des étudiant-es africain-es de l'Université Concordia et membre du conseil d'administration de Mères avec pouvoir, ancienne participante au programme Bien dans mes baskets, Montréal
 Véronique Maurice, directrice du Centre de soins infirmiers Abbé Grégoire, Grenoble
 Christopher McAll, codirecteur scientifique du CAU-CSSS Jeanne-Mance et du CREMIS et directeur du Département de sociologie de l'Université de Montréal
 Geneviève McClure, coordonnatrice de l'équipe PRAXCIT au CAU-CSSS Jeanne-Mance, CREMIS, Montréal
 Guillaume Ouellet, doctorant en sociologie, Université de Montréal
 Sébastien Payeur, directeur du Pas de la rue, Montréal
 Clémence Peyrot, étudiante à Sciences Po Grenoble en master VTS, Grenoble
 Sylvain Picard, éducateur spécialisé, équipe itinérance du CAU-CSSS Jeanne-Mance, praticien-chercheur au CREMIS, Montréal
 Pauline Pipet, chargée des programmes de santé publique à l'Association de Gestion des Centres de Santé Associatifs (AGECSA), Grenoble
 Annick Piquet, responsable de la communication et de l'animation des bénévoles, association Un Toit Pour Tous, Grenoble
 François Régmbal, professeur de sociologie, CÉGEP du Vieux Montréal, membre du CREMIS et de l'équipe PRAXQT, Montréal
 Gabrielle Richard, sociologue, PhD en Sciences humaines appliquées, chargée de cours, Université de Montréal
 Pierre-Louis Serero, Membre de RSA COOP, Grenoble
 Francis Silvente, directeur du Relais Ozanam, président de la FNARS Rhône-Alpes, Grenoble
 Deborah Slama, infirmière, Équipe Mobile de Liaison Psychiatrie Précarité, Isère, Grenoble
 Benoit St-Pierre, pair-aidant en santé mentale au Centre hospitalier de l'Université de Montréal.
 Benjamin Vial, doctorant au laboratoire PACTE, membre de l'ODENORE, Grenoble
 Philippe Warin, directeur de recherche CNRS, Laboratoire PACTE, cofondateur de l'ODENORE, membre collaborateur du CREMIS, Grenoble

Le recyclage informel et la coopérative *Les Valoristes*

Récupération et reconnaissance

HORIZONS

François Bordeleau

Étudiant à la maîtrise
Département de sociologie
Université de Montréal



Max, 2005. Certains droits réservés (CC)

À Montréal, plusieurs centaines d'individus ramassent les contenants consignés (bouteilles, canettes et autres) dans les poubelles et dans les bacs de recyclage. Cette forme de travail informel, souvent invisible, permet à ces personnes de survivre, malgré des revenus inadéquats provenant de l'aide sociale ou, de plus en plus fréquemment, du travail précaire. Les récupérateurs font habituellement du porte-à-porte, fouillant les bacs de recyclage et les poubelles, pour ensuite retourner leur collecte chez certains détaillants, principalement les épiceries, afin d'obtenir le montant de la consigne. Ce type de travail de récupération et

de recyclage informel est présent un peu partout dans le monde, et peut prendre plusieurs formes. Il concerne habituellement les parties les plus marginalisées de la population urbaine et permet à des milliers d'individus de survivre en marge des emplois formels.

En 2012, un groupe de récupérateurs a fondé la Coopérative les Valoristes, qui vise à offrir un service de retour de meilleure qualité aux travailleurs en organisant un centre de dépôt où ils peuvent rapporter leurs contenants plus facilement que chez les détaillants. De plus, la coopérative assure aux récupérateurs une re-

derons ensuite la question du statut accordé au travail de récupération et ce que statut implique en termes d'organisation collective et de représentation.

Portrait

Au premier abord, la population des récupérateurs semble relativement homogène, notamment en termes d'âge, de genre et d'origine ethnique. La majorité des récupérateurs rencontrés sont d'origine québécoise ou canadienne et ont le français comme langue maternelle. Plus de la moitié dépassent les 50 ans et le tiers a plus de 55 ans. Notre étude reste ainsi circonscrite à un groupe plutôt restreint de travailleurs, principalement des hommes blancs francophones habitant les quartiers situés au sud de Montréal.

Nous n'avons pu rencontrer que 5 femmes lors de nos entretiens, contre 45 hommes, et ce malgré le fait que nous avons sélectionné le plus de femmes possible parmi les personnes qui utilisent le centre de dépôt. Cette sous-représentation des femmes dans la coopérative n'est pas un signe de leur non-participation au recyclage informel de manière plus large. Plusieurs récupérateurs nous ont rapporté l'existence de groupes de femmes, souvent immigrantes (d'origine asiatique ou maghrébine pour la plupart), travaillant dans certains quartiers de Montréal et ne se mêlant pas aux autres récupérateurs. Il serait nécessaire d'étudier davantage la réalité des autres récupérateurs pour tracer un portrait plus global du travail informel de recyclage à Montréal.

Pour beaucoup de récupérateurs rencontrés, le vieillissement a apporté une forte précarité en matière d'emploi, particulièrement pour les individus issus de milieux défavorisés et ayant toujours eu des emplois instables ou atypiques. Selon eux, peu d'entreprises souhaitent engager des travailleurs de leur âge, leur préférant des travailleurs plus jeunes. La multiplication des problèmes de santé est un autre facteur pouvant expliquer l'impossibilité pour ces travailleurs de trouver un emploi stable. Les récupérateurs sont souvent dans une situation de revenus précaires. Si la plupart (76%) disposent d'un logement au moment de l'entrevue,

présentation politique et une voix dans l'élaboration des politiques publiques et des politiques de consigne. Au courant de l'été 2014, nous avons réalisé une étude exploratoire au centre de dépôt temporaire de la coopérative, en faisant une cinquantaine d'entrevues semi-dirigées réalisées auprès de « clients », membres ou non, utilisant les services de la coopérative. Cette étude, commandée par la coopérative elle-même, visait à la fois à tracer un portrait général des personnes rejointes par la coopérative, mais aussi à obtenir son point de vue sur l'amélioration possible des services et de la politique de consigne de manière plus générale.

Seront présentés ici le portrait des récupérateurs rencontrés, ainsi que les différents types de parcours de vie qui en émergent. Nous abor-

« Pour beaucoup de récupérateurs rencontrés, le vieillissement a apporté une forte précarité en matière d'emploi »

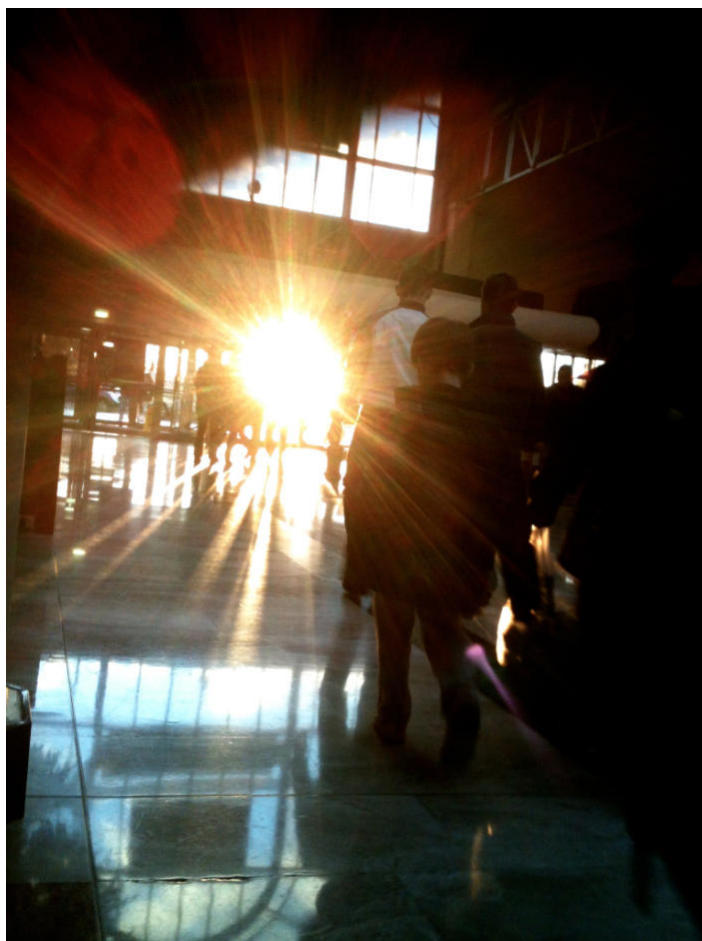
bon nombre d'entre eux, soit près de 60%, ont déjà connu des situations d'itinérance de plus ou moins longue durée.

Parcours

C'est en étudiant les parcours scolaires et professionnels des récupérateurs que nous pouvons remarquer l'hétérogénéité de leurs expériences. Nous avons identifié quatre types de parcours qui permettent de comprendre les trajectoires de précarité ayant mené à l'intégration dans le travail de récupération informelle. Il s'agit ici de parcours « types » et non d'une classification permettant de rendre compte en détail de chaque parcours individuel.

Un premier type de trajectoire correspond aux individus qui possèdent soit un DEC technique (12%) ou un DEP (8%), soit un cours spécialisé dans des domaines divers comme la mécanique, la cuisine ou la coiffure. Les parcours de ces travailleurs sont souvent marqués par une intégration stable en emploi de longue durée, assortie de bonnes conditions d'emploi et d'une stabilité de revenu. Des épisodes de rupture menant à la précarité en termes de revenu, ont néanmoins marqué leur parcours. Pour plusieurs, ces ruptures sont issues de problèmes de santé majeurs, provoquant un arrêt de travail temporaire ou la perte de leur emploi. La plupart ont alors dû s'engager dans de longs recours les opposant à la CSST ou à leur employeur, afin de recevoir des indemnités compensant la perte de leur revenu. Ces travailleurs se sont alors tournés vers la récupération informelle afin de subvenir à leurs besoins, en attendant d'avoir accès à leurs indemnités.

Pour certains, cette période d'inactivité prolongée a mené à d'autres problèmes (alcoolisme, dépendance, dépression, etc.) rendant difficile leur réinsertion sur le marché du travail. La plupart, qu'ils soient considérés aptes au tra-



Barbara Blossfeld 2012. Certains droits réservés (CC)

vail ou non, se voient ainsi exclus du marché de l'emploi. La récupération informelle des contenants devient leur seule manière de conserver un revenu minimalement adéquat, l'aide sociale ou l'assurance-emploi étant insuffisantes pour combler leurs besoins. Pour reprendre les mots d'un des répondants, la récupération informelle leur permet de « rester accrochés » et de ne pas tomber dans l'itinérance, la mendicité ou la criminalité.

D'autres récupérateurs n'ont pas terminé leurs études secondaires ou n'ont pas reçu d'éducation post-secondaire ou spécialisée. Ce deuxième type de parcours correspond à environ 40% des personnes rencontrées. Leur trajectoire professionnelle est marquée par une

aux individus possédant un baccalauréat ou des études de deuxième ou troisième cycles universitaires, 12% des répondants appartenant à cette catégorie. Les domaines étudiés sont diversifiés, allant des arts et lettres à la médecine, en passant par la biochimie et le droit. Bien que certains d'entre eux aient aussi connu des problèmes de santé majeurs leur ayant fait perdre des emplois stables et bien payés, la majorité sont encore en emploi, mais occupent des emplois atypiques ou précaires. Il peut s'agir, par exemple, de suppléance en enseignement, de contrats à la pige, de création artistique ou de travail autonome. Pour ces individus, la récupération des contenants consignés est une manière de stabiliser leur revenu dans les périodes creuses, tout en gardant une part de flexibilité leur permettant de s'adapter à des horaires fluctuants.

Finalement, un quatrième type de parcours est celui d'individus marqués par la criminalité – 12% des personnes interviewées définissant leur parcours en fonction de leur implication dans les milieux criminels. Pour ces individus, la collecte de contenants consignés est une manière de travailler légalement, tout en changeant leur mode de vie et leur cercle social. La plupart n'ont plus de contact avec les milieux criminels ou souhaitent s'en dissocier, mais ont de la difficulté à se trouver du travail, vu leur manque d'expérience légale et leur dossier criminel.

Liberté et informalité

C'est l'informalité de cette activité, impliquant une liberté d'horaires et de travail, mais aussi une absence de cadre strict et établi, qui assure la participation d'une bonne partie des récupérateurs. Selon les répondants, un cadre trop strict – incluant notamment une fiscalisation des revenus ou un contrôle de leurs activités – exclurait une bonne partie des récupérateurs actuels. La récupération informelle est vécue par la plupart comme une expérience temporaire, volontaire, s'insérant dans des moments difficiles de leur vie, comme une forme de « filet social » assurant une certaine stabilisation du revenu. Rares sont ceux qui se réclament d'une identité de récupérateur même si cette activité est centrale pour eux. Il

grande instabilité. Ils ont souvent alterné entre des contrats précaires au bas de l'échelle (travail en usine ou en cantine, livraison), des contrats « au noir » et des périodes de chômage et d'aide sociale. Pour ces individus, la collecte de contenants consignés devient une manière de compléter l'aide sociale, souvent décrite comme insuffisante, et de conserver une certaine stabilité de revenu malgré l'instabilité de leurs parcours de travail. Leur objectif n'est donc pas tant de « rester accroché » que de survivre, la récupération informelle prenant la même forme que les autres emplois instables qu'ils ont occupés toute leur vie.

Un troisième type de parcours scolaire et professionnel émerge des entrevues. Il correspond

« C'est l'informalité de cette activité, impliquant une liberté d'horaires et de travail, mais aussi une absence de cadre strict et établi, qui assure la participation d'une bonne partie des récupérateurs. »

s'agit donc d'une activité économique, assimilable au travail, mais qui n'arrive pas à assurer une intégration sociale durable ou une assise identitaire.

Dans cette optique, les activités de la Coopérative les Valoristes paraissent pertinentes pour arrimer la particularité du travail informel de récupération aux pratiques concrètes d'organisation collective. Il n'est pas nécessaire, pour utiliser les services de la coopérative, d'acheter une carte de membre ou de participer aux assemblées. Ce faisant, la coopérative n'impose pas aux récupérateurs de cadre ou d'appartenance particulière et n'offre, pour la plupart des récupérateurs, qu'un service de retour des contenants. Plusieurs d'entre eux ne souhaitent s'impliquer de toute manière pas à long terme dans l'organisation et ne voient pas les bénéfices d'une coopérative. Pour eux, le centre de dépôt temporaire offre des services utiles, rapides et plus simples que chez les détaillants, tout en offrant un accueil plus chaleureux. Dans sa forme la plus simple, elle permet donc une amélioration concrète de leurs conditions de travail.

Contributions

Les témoignages de ces personnes suggèrent que le travail de récupération informelle doit être considéré dans sa spécificité, dans la manière qu'il est vécu, et non comme un travail assimilable à n'importe quelle autre forme de travail ou comme une forme alternative de mendicité. La question du statut donné à ces travailleurs apparaît fondamentale. Leur contribution, économique comme environnementale, est indéniable. Ils procèdent à une « réextraction » de bon nombre de matières premières (métaux légers, plastique, verre) tout en contribuant à un assainissement des lieux publics. Ce faisant, il devient nécessaire de leur assurer une reconnaissance sociale et

politique, notamment en tenant compte de la réalité de leur travail et de leurs parcours, que ce soit dans les discours publics ou dans les politiques sociales. Cela inclut notamment de les intégrer aux consultations sur les questions de la consigne et de la gestion des déchets de manière plus générale, puisqu'ils acquièrent pour la plupart une bonne connaissance de ces systèmes.

À ce titre, la coopérative est devenue un interlocuteur de choix des organisations communautaires et des différents paliers gouvernementaux. Elle prend en quelque sorte le rôle d'un « syndicat » informel permettant de défendre la réalité des récupérateurs et de les représenter politiquement, ce qui leur permet d'avoir une voix auprès des pouvoirs publics. Son rôle est donc double, permettant une reconnaissance de la réalité des récupérateurs sans leur imposer de cadre particulier ou de code de conduite.

Il ne s'agit ici que de quelques-unes des questions abordées au cours de l'étude. L'objectif était de documenter une activité méconnue du public, tout comme des milieux communautaire et académique ; activité souvent assimilée à une forme d'itinérance ou de mendicité. Or, le travail informel de récupération apparaît comme une pratique économique particulière, permettant une réponse à un large éventail de parcours précaires. Notre étude est toutefois limitée dans ses conclusions puisque nous n'avons interrogé qu'une partie restreinte des travailleurs informels de la récupération à Montréal. Pour diverses raisons, un bon nombre de récupérateurs travaillent en dehors de la coopérative et peuvent connaître des réalités différentes de celles des personnes qui participent à cette dernière. Il serait pertinent d'approcher ces individus travaillant en dehors de la coopérative, pour voir si leur réalité diffère de celle des récupérateurs rencontrés et pour connaître leur point de vue sur les potentialités d'organisation collective.

Les aspirations des jeunes

Un impensé de la participation citoyenne ?

HORIZONS



Thomas Hawk, 2006. Certains droits réservés ©

Evelyne Baillergeau

*Sociologue, Chercheure,
Département de sociologie
et d'anthropologie,
Université d'Amsterdam*

*Membre collaboratrice du
CREMIS*

Jan Willem Duyvendak

*Professeur titulaire,
Département de sociologie
et d'anthropologie,
Université d'Amsterdam*

À l'aube du 21^e siècle, les occasions de participer à la société sont nombreuses, comme en témoigne l'existence d'une grande variété de conseils consultatifs ouverts aux citoyens. Les jeunes ne sont pas oubliés, des conseils d'élèves dans les établissements scolaires aux conseils municipaux des jeunes, sans oublier de nombreux sites web à vocation interactive. Cependant, il semble que les instances participatives ouvertes aux jeunes – générales ou visant spécifiquement les jeunes – sont principalement investies par les jeunes des milieux les plus favorisés ou du moins les jeunes ayant un niveau d'études élevé. Qu'en est-il des autres ? Pourquoi participent-ils moins ? Sont-ils confrontés à des obstacles sur le chemin de la participation, ou bien se pourrait-il que l'offre de participation émanant de l'extérieur, souvent des pouvoirs publics ou bien du monde associatif/communautaire, ne corresponde pas aux aspirations des jeunes ?

Sans exclure aucune autre hypothèse, nous nous intéressons à la deuxième hypothèse évoquée ci-dessus, qui nous semble

HORIZONS

« bien que les attentes soient fortes concernant la participation des Jeunes. [leurs] aspirations font peu l'objet de débats publics et/ou académiques. »

pertinente bien que peu explorée à l'heure actuelle. Dans quelle mesure l'offre de participation se préoccupe-t-elle des aspirations des jeunes ? Quelle connaissance en a-t-elle ? En tient-elle compte ? Nos réflexions sur ce thème nous ont également amenés à nous interroger sur les circonstances dans lesquelles les aspirations des jeunes se forment. Nous présentons ici notre cheminement entre participation et aspirations, à partir d'une exploration de la littérature scientifique concernant les aspirations et à partir de diverses entrevues individuelles et collectives réalisées aux Pays-Bas, où nous envisageons une recherche empirique sur ce sujet. Nous souhaitons particulièrement souligner l'idée suivante : les aspirations des jeunes, bien qu'elles aient le plus souvent été abordées sous l'angle des souhaits exprimés en matière d'orientation scolaire ou professionnelle, interpellent le rapport des jeunes à la société dans une plus large mesure, et notamment le champ de la participation citoyenne.¹

Un « avenir désirable »

La majeure partie des recherches explicitement centrées sur les aspirations des jeunes explorent leurs choix en matière d'études à venir ou bien leurs désirs quant à leur avenir professionnel. Depuis les travaux pionniers de Sewell et al. (1969), les chercheurs ont scruté les variations des aspirations d'un

groupe social à un autre (MacLeod, 1987), d'un groupe ethnoculturel à un autre (Portes et al., 1978) ou bien encore d'une classe d'âge à une autre. Alors qu'ils avancent en âge, les aspirations des jeunes deviennent plus 'réalistes', plus en phase avec les opportunités qui s'offrent à eux (St Clair et Benjamin, 2011 ; Lee et al., 2012). Plus spécialement en Angleterre, les chercheurs ont également analysé la politique gouvernementale visant à développer les aspirations des jeunes issus de couches populaires dont les aspirations scolaires étaient jugées trop basses en regard du contexte de la



Daniel Griffin, 2011. Certains droits réservés

'société de la connaissance' (Spohrer, 2011 ; Raco, 2009). Cette politique a notamment fourni l'occasion d'explorer de manière critique les déterminants des aspirations des jeunes, de leurs caractéristiques personnelles – telles que suggérées dans les énoncés de la politique des aspirations – aux déterminants sociaux – avancés par les chercheurs (St Clair et Benjamin, 2011).

Les apports de cette littérature sur les aspirations scolaires et professionnelles sont multiples et fondamentaux, tant le rapport au travail est un axe essentiel de la vie en société et un ingrédient majeur du bien-être pour de très nombreuses personnes. Cela dit, les aspirations professionnelles peuvent être guidées par d'autres aspirations telles que le souhait de fonder une famille ou se consacrer à une passion, qu'il s'agisse d'engagement politique ou de faire le tour du monde à la voile. Par ailleurs, s'intéressant aux attentes de certains jeunes quant à l'activité délinquante, certains pionniers de la sociologie de la déviance ont mis à jour des aspirations qui ne passent pas nécessairement par le travail au sens classique du terme, notamment la réussite financière ou bien la reconnaissance sociale (entre autres Merton, 1938/1957 ; Cloward et Ohlin, 1960). Pour bien comprendre les aspirations des jeunes qui ne se saisissent pas (ou peu) d'occasions de participer émanant d'autrui, il nous paraît donc essentiel d'adopter une conceptualisation plus large des aspirations, à l'instar d'Arjun Appadurai (2004) pour qui les aspirations renvoient à un 'avenir désirable', à une 'bonne vie'. On pourrait aussi dire une vie 'qui vaut la peine d'être vécue', 'qui a du sens', ou bien, à la manière d'Amartya Sen (2009), une 'vie qu'on a raison d'estimer'. Les aspirations apparaissent alors comme des éléments d'un système, reliant certaines aspirations entre elles, en laissant d'autres de côté.

Une telle conceptualisation large nous semble d'autant plus essentielle que nos sociétés occi-

dentales véhiculent (notamment via la publicité) toutes sortes d'*aspirations respectables* que les jeunes pourraient endosser, notamment la consommation de biens de luxe, un corps sain et répondant à certains canons de la beauté, etc. De telles aspirations exigent parfois un pouvoir d'achat élevé auquel de nombreux jeunes ne peuvent prétendre en regard des perspectives d'emploi qui s'offrent à eux. Comment, alors se positionner par rapport à ces aspirations respectables ? Quelles sont les occasions qu'ont les jeunes de se faire leur propre opinion quant à des choix de vie valables dans une société qui valorise à la fois le mérite et la consommation de luxe ? Au-delà de la participation au marché du travail, cette question nous semble interpeller le rapport des jeunes à la société, ce qu'ils en pensent et la place qui leur y est donnée. Potentiellement, les aspirations des jeunes ne concernent pas seulement les enseignants, les employeurs et les travailleurs sociaux, mais aussi les leaders

des mouvements sociaux et les artisans de la participation citoyenne. Dans quelle mesure ces derniers se préoccupent-ils des aspirations des jeunes ?

Depuis l'extérieur

Nos enquêtes préliminaires nous ont amenés à interpellier une quinzaine d'observateurs de la jeunesse aux Pays-Bas, qu'ils soient chercheurs universitaires, intervenants ou formateurs, sur la question de la participation des jeunes (au sens large). Ces différents échanges nous conduisent à penser que, bien que les attentes soient fortes concernant la participation des jeunes et bien que les occasions de s'exprimer soient nombreuses dans la société en général, les aspirations des jeunes font peu l'objet de débats publics et/ou académiques. Les responsables politiques semblent peu s'en préoccuper, y compris en période de campagne électorale. Les pratiques sociales liées à la politique de la jeunesse visent à répondre aux problèmes des jeunes tels qu'ils sont interprétés depuis l'extérieur, voire à répondre aux demandes formulées par les jeunes s'adressant aux intervenants, mais pas (ou rarement) à questionner leurs aspirations. Tandis que les demandes sont parfois très urgentes ou bien très terre-à-terre, les aspirations renvoient à la façon dont les jeunes se projettent vers l'avenir. Comme dans bien d'autres pays d'ailleurs semble-t-il, il n'y a pas de discours public sur les aspirations des jeunes, ni d'ambition proclamée à développer ces aspirations, comme c'est le cas au Royaume-Uni dans le champ de la politique de la jeunesse. D'une manière plus générale, on oscille entre penser que les jeunes n'ont pas d'aspirations (ne vivent que dans l'instant présent, notamment les adolescents) et penser que leurs aspirations sont obscures, voire incertaines, à l'instar de l'image qui est donnée de Johnny Strabler et Jim Stark dans deux fameux films californiens des années 1950 (*The Wild One* et *Rebel without a Cause*). Ces idées avaient quelque peu disparu lors des décennies suivantes, lors desquelles de nombreux jeunes se sont impliqués dans des mouvements sociaux de grande ampleur, mais elles sont aujourd'hui de retour. La question de la 'capacité' des jeunes à aspirer n'est pas non plus publiquement posée. Dans quelle mesure

– et dans quelles conditions – les jeunes apprennent-ils à formuler un avenir désirable, à penser une vie dont ils peuvent être fiers, en phase avec leurs valeurs ? Cela reste à étudier.

Un terrain peu défriché

La question des circonstances, des contextes dans lesquels se forment et évoluent les aspirations des jeunes invite à son tour la question de la malléabilité des aspirations : dans quelle mesure est-il possible d'influencer ces aspirations ? A priori, on pourrait envisager possible de chercher à réduire des aspirations démesurées par rapport aux opportunités réelles (promouvoir des aspirations 'réalistes'). On pourrait aussi chercher à étendre les aspirations des jeunes qui ont peu d'occasions d'apprendre à se projeter dans l'avenir d'une manière enthousiasmante. Lors de nos prospections sur ce terrain peu défriché (du point de vue de la recherche sociale du moins) nous avons eu l'occasion d'explorer quelques points de vue d'observateurs privilégiés. En particulier, un atelier d'une journée complète nous a permis d'interpeller 20 personnes, en partie des

chercheurs universitaires ; des étudiants de 2e ou 3e cycle provenant de différentes disciplines (sociologie, criminologie, psychologie) et des « praticiens chercheurs », à savoir des professionnels impliqués dans une démarche de recherche en lien avec leur pratique professionnelle, en l'occurrence des intervenants sociaux jeunesse engagés dans une recherche doctorale portant sur leur pratique.

Selon la plupart des points de vue exprimés, le fait d'avoir des aspirations était vu comme inhérent à la « nature humaine » (notamment l'aspiration au bonheur – même si cela n'a pas toujours été comme ça, étant très lié à la société moderne), mais qu'au cours de la vie, les aspirations subissent des influences externes, valeurs parentales, valeurs véhiculées par les médias de masse, etc. La confrontation à la réussite ou à l'échec joue également un rôle. Malgré ces influences, parfois très traumatisantes, la capacité de certaines personnes à persister à espérer pose question sur l'influence sociale.

Concernant les jeunes, nous avons au départ une certaine idée d'aspirations présomptueuses chez certains jeunes (devenir riche vite ; devenir célèbre) mais les intervenants jeunesse nous ont aussi dit percevoir que certains jeunes à un certain moment ne semblent pas avoir d'aspirations du tout (regard terne), ce qui apparaissait largement problématique. Étendre les aspirations de ces jeunes est apparu comme un objectif louable selon les partici-



Tom Hall, 2014. Certains droits réservés (CC)

pants à l'atelier, mais vers quoi ? S'agirait-il de les inciter à se conformer aux aspirations respectables véhiculées par la société ? Ou plutôt les aider à devenir capables de choisir ce à quoi ils veulent aspirer, que cela soit conforme (ou non) aux aspirations respectables projetées par le courant principal de la société ? Qu'en disent les pratiques sociales centrées sur l'entremise d'une figure d'exemple (role model), à laquelle les jeunes peuvent s'identifier (voire sont appelés à le faire) ? D'un projet à l'autre, la perspective donnée à l'action pourrait varier sensiblement.

L'enquête

Pour donner suite à ces réflexions, nous envisageons d'enquêter, dans un premier temps, auprès de ressources offertes aux jeunes dans un quartier d'Amsterdam : quel regard portent-elles aux aspirations des jeunes ? Quelle connaissance en ont-elles ? Quel est le sens donné à la participation des jeunes dans leurs pratiques ? Dans un deuxième temps, nous souhaitons enquêter auprès des jeunes visés par ces ressources, qu'ils participent à leurs activités ou non. Quel est leur regard sur ces ressources et quelle place prennent-elles dans leur parcours de vie ? Ces enquêtes ont vocation à être mises en rapport avec la situation d'autres villes européennes, également impliquées dans le programme SoclEtY. Elles ont également vocation à être croisées avec des observations en terre québécoise, où la question de la participation citoyenne des jeunes semble particulièrement vivante.

En tout état de cause les aspirations des jeunes semblent peu explorées empiriquement, du point de vue sociologique tout au moins. Au-delà des creux de la recherche universitaire, il semble à ce jour que les aspirations des jeunes soient principalement interpellées du point de vue des choix d'études et des orientations professionnelles. Les aspirations des jeunes sont-elles pour autant un impensé de la participation citoyenne ? La question peut sembler audacieuse. Même si les préoccupations concernant les aspirations des jeunes du côté de l'offre de participation paraissent peu explicites, il est cependant probable que des thèmes adjacents fassent l'objet de débats, voire de pro-

jets, par exemple autour des valeurs des jeunes. Dans quelle mesure ces débats et réflexions adjacentes renseignent-elles sur les aspirations des jeunes et la place qui leur est donnée dans les pratiques sociales en général et dans l'offre de participation citoyenne en particulier ?

Note

1. Cette réflexion s'inscrit dans le cadre du programme de recherche SodEtY (2013-2015) associant 12 équipes de recherche et portant sur 11 pays européens (www.society-youth.eu). Ce programme s'intéresse à la tranche d'âge 12-25 ans. Cette réflexion veut également faire écho aux échanges ayant lieu dans le cadre de l'équipe PRAXCIT du CREMIS. En particulier, les auteurs remercient chaleureusement Isabel Heck pour ses commentaires sur une version antérieure de cet article.

Appadurai, A. (2004). «The Capacity to Aspire : Culture and the Terms of Recognition». In Rao, R., Walton, M. (eds). *Culture and Public Action*. Stanford : Stanford University Press, 59-84.
Cloward, R. et L. Ohlin (1960). *Delinquency and Op-*

portunity. NY: Free Press.
MacLeod, J., (1987). *Ain't No Makin' It: Leveled Aspirations in a Low-Income Neighborhood*. Boulder: Westview Press.
Merton, R.K. (1938), «Social Structure and Anomie». *American Sociological Review*, 3(5): 672-682.
Portes, Alejandro, Samuel A. McLeod, and Robert N. Parker (1978). «Immigrant Aspirations» *Sociology of Education* 51 (October): 241-60.
Raco, Mike (2009) «From expectations to aspirations: State modernisation, urban policy, and the existential politics of welfare in the UK». *Political Geography*, 28(7):436-444.
Sen, A. (2009), *The idea of justice*. Cambridge: The Belknap Press.
Sewell, W.H., A.O Haller et A. Portes (1969). «The Educational and Early Occupational Attainment Process». *American Sociological Review* 34: 82-92.
Spohrer, K. (2011), «Deconstructing 'Aspiration': UK policy debates and European policy trends». *European Educational Research Journal*, 10(1): 53-63.
St Clair, R. et A. Benjamin (2011). «Performing desires: the dilemma of aspirations and educational attainment». *British Educational Research Journal*, 37(3): 501-517



**Les Journées printanières du CREMIS
Du 30 avril au 12 juin 2015**

**Séminaires, conférences et ateliers de travail
sur le thème**

**Inégalités sociales et bien-être :
quelles pratiques pour quels
impacts?**

Consultez le programme
complet des activités au
www.cremis.ca