

Appauvrissement et aide sociale : Le malaise des médecins

Dilemme éthique
Confusion des rôles
Prescrire la proscription



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

Le CREMIS fait partie intégrante du Centre Affilié Universitaire - Centre de Santé et de Services Sociaux Jeanne-Mance, affilié à l'Université de Montréal et à l'Université du Québec à Montréal.

1250, rue Sanguinet
Montréal, Québec
H2X 3E7

www.cremis.ca

Vous pouvez télécharger gratuitement cette revue à l'adresse web ci-dessus et communiquer avec l'équipe de la revue à l'adresse suivante :

revueducrimis@gmail.com

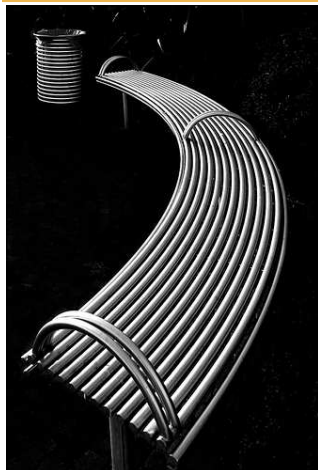
Dépôt légal, Bibliothèque nationale du Québec
ISSN : 1916-646X

Photo de la page couverture par Gherm, 2008. Certains droits réservés ©



affilié à





Manky, 2008 © Certains droits réservés

Inégalités sociales
Discriminations
Pratiques alternatives de citoyenneté

Appauvrissement et aide sociale Le malaise des médecins

Au Québec, comme ailleurs, les médecins jouent un rôle central dans l'évaluation des « contraintes à l'emploi » chez les personnes inscrites à l'aide sociale. Dans le contexte québécois, la différence dans la prestation accordée peut permettre à une personne de « sortir de la rue » – le cas échéant – ou de se donner certaines conditions de vie minimalement acceptables. D'où un dilemme éthique pour le médecin impliqué.

SOMMAIRE

REGARDS

Des mots fracassants 4
Lutter contre l'appauvrissement de la pensée 8
Agir sur le mal-être ou pour le bien-être ? 11

DOSSIER

Appauvrissement et aide sociale : le malaise des médecins 15
Double jeu: le dilemme éthique des médecins 16
Confusion des rôles ? 21
Prescrire la proscription 27

HORIZONS

Reconnaissance, justice et peuples autochtones 32

À VENIR 35

**JUSQU'À QUEL POINT CE DILEMME AFFECTE-T-IL
LE RÔLE DE SOIGNANT ?**

**COMMENT LES MÉDECINS SONT-ILS VENUS À
JOUER CE RÔLE ?**

FAUDRAIT-IL REMETTRE CE RÔLE EN QUESTION ?

(suite p. 15)



Ross McGinnes, 2008 © Certains droits réservés

REGARDS

Des mots fracassants «Vulnérable» : qui de nous, intervenante ou parent, ne l'est pas ?

2004 marque le paysage de l'intervention sociale québécoise pour les familles avec jeunes enfants. Ce qui était éparé (les programmes : Naître égaux-grandir en santé, services aux jeunes parents et soutien éducatif précoce) sera désormais regroupé dans le multiprogramme Services intégrés en périnatalité et petite enfance pour les familles en contexte de vulnérabilité et d'extrême pauvreté, soit les très connus SIPPE. Ces programmes fusionnés seront implantés progressivement dans les 95 territoires des Centres de services de santé et de services sociaux (CSSS) avec l'aide de partenaires intersectoriels, publics et privés.

Anna Caputo
Organisatrice communautaire)

Suzanne Dessureault
CREMIS et CSSS Jeanne-Mance

Lorraine Doucet
Centre de promotion communautaire Le Phare

Carol Gélinas
ROCFM

Chantal Goyette
CSSS de Laval

Odile Lachapelle
CSSS Louise-Teasdale

Louise Vanier
Interaction famille

Marie-Suzie Weche
Centre Haïtien d'action Familiale

Membres du collectif les Slameuses des programmes de prévention

Notre aventure s'amorce comme une suite logique d'actions à la deuxième rencontre qui se déroulait au printemps 2007 entre les membres du ROCFM (Regroupement des Organismes Communautaires Famille de Montréal) et du RQIIAC (Regroupement Québécois des Intervenantes en Action Communautaire) Montréal-Laval. Ces rencontres avaient pour objectif de partager dans un espace nouveau les préoccupations semblables et différentes des membres face à l'organisation actuelle des multiples programmes de prévention liés à la famille. Ne voulant pas être des cordonniers mal chaussés, nous, quelques intervenantes communautaires qui avons foi dans l'action collective, avons commencé à partager nos analyses, questions et réflexions sur le sens de nos pratiques dans un contexte technocratique. Lors de ces réunions s'est exprimée avec force la volonté de partager publiquement ces interrogations émergeant de notre groupe de libre parole de travailleuses, les Slameuses, dont les contours se tracent à côté et en plus de nos diverses appartenances et rattachements professionnels.

SERVICES INTÉGRÉS EN PÉRINATALITÉ ET PETITE ENFANCE POUR LES FAMILLES EN CONTEXTE DE VULNÉRABILITÉ



Frostybrandx, 2008 © Certains droits réservés

Nous voici donc aujourd'hui la bande des huit qui, entre autres, avons en commun l'exercice d'une large partie de notre métier dans le cadre des programmes de prévention, principalement les « Services intégrés en périnatalité et petite enfance pour les familles en contexte de vulnérabilité » (SIPPE). Cette transversalité expérientielle nous amène en effet à souhaiter établir des échanges, ouvrir les discussions, enclencher des débats avec nos collègues, nos vis-à-vis de la Direction de Santé publique, les gestionnaires des programmes, nos partenaires des divers milieux impliqués dans les volets « environnements favorables » et « accompagnements des familles », en fait, tous ceux et celles qui travaillent pour le mieux-être des parents catégorisés comme « vulnérables ». Avec tous ces acteurs et actrices, nous avons l'espoir de créer des espaces où pensées et actions se solidariseront avec celles des parents pauvres. Loin de nous l'idée de chercher une vérité ; la vérité est comme les familles, comme les intervenantes, comme les organismes, elle est plurielle et nos échanges seront plurilogues.

Les liens de solidarité que nous voulons établir sont en priorité avec les destinataires des programmes que sont les parents. Pour y arriver, notre moyen est de prendre la parole et de la diffuser, d'être nos propres porte-paroles. Dire combien lourd est le poids des mots lus, entendus et prononcés sur le dos ou dans le dos des parents, combien fracassants sont les qualificatifs qui tentent de les définir à leur insu et qui par ricochet nous agressent et nous révoltent. C'est de cela dont il est question dans ce texte collectif. Nous croyons que la manière dont nous définissons les populations dans les textes et les discours des programmes de prévention a de nombreux effets sur le « vivre-ensemble » ou son contraire le « vivre-séparé » ou à distance.

Nous démarrons notre première ronde de discussion par la réflexion autour de ces mots qui nous heurtent en tant qu'intervenantes et citoyennes. Le premier est le terme « vulnérabilité » tel que retrouvé dans le titre du programme : *Des mots fracassants : vulnérables, qui de nous, intervenante ou parent pauvre, ne l'est pas ?* Ce texte se décline en trois courts moments : les abords du problème à travers deux témoignages, ce qui

a été vu, entendu et l'effet ressenti. Nous réfléchissons ensuite sur le sens, les pièges de tels mots, l'importance de la mise en contexte et, enfin, surgissent des questions que nous adressons à nos lecteurs et lectrices.

Un petit tour dans le dictionnaire nous apprend que le terme vulnérable est un : « adj. emprunté (1676) au bas latin *qui peut-être blessé* et *qui blesse* dérivé de *vulnerare* « blesser » au propre et au figuré. Lui-même de *vulnus vulneris* « blessure », « plaie » « coup porté » employé aussi au figuré ». Ainsi est campé un terme par lequel sera définie une population entière pendant de longues années et mettra à pied d'œuvre une multitude d'intervenantes et d'intervenants des milieux institutionnels et communautaires.

Deux d'entre nous, travaillant en CSSS, témoignent. La première, de la colère d'une mère devant l'étiquetage qu'un programme venait de lui apposer ; la seconde, du problème que pose la conception de la vulnérabilité. Ces deux témoignages nous permettent d'entrer dans le vif du sujet concernant les questionnements que provoquent les SIPPE :

PREMIER TÉMOIGNAGE (juin 2006) : « *Je me rappelle la réaction d'une mère de 22 ans qui venait de sortir d'une assemblée générale d'un groupe communautaire. Elle venait d'apprendre que l'activité à laquelle elle participait hebdomadairement depuis un an était subventionnée par un programme nommé « services intégrés en périnatalité et petite enfance pour les familles vivant en contexte de vulnérabilité ». J'ai su à ce moment précis qu'il y avait erreur sur la personne : d'autres qu'elles savaient, prétendaient savoir, soutenaient savoir qui elle était. Elle, qui n'avait pas terminé son secondaire V, elle, qui avait deux enfants et qui désirait en avoir un troisième, elle qui travaillait à temps partiel au dépanneur du coin et qui partageait sa vie avec un conjoint analphabète fonctionnel qui travaillait lui-même dans un dépanneur, elle, qui correspondait exactement aux critères des SIPPE, a été heurtée de cet étiquetage. Non, elle ne considérerait pas que sa famille vivait en « contexte de vulnérabilité ». Elle était d'ailleurs en colère à la seule idée que les autres mères qui assistaient à l'assemblée puissent l'avoir*

RÉACTION

ERREUR SUR LA PERSONNE

HEURTÉE

ÉTIQUETAGE

REGARDS

« Aucune étiquette ne tient la route longtemps devant le réel. On n'est jamais tout à fait invulnérable ni tout à fait vulnérable, les deux se mélangent allègrement dans la vie. »

identifiée à ce groupe. Elle s'élevait contre cet étiquetage qu'on venait, bien malgré elle, lui coller. Et moi, l'intervenante, il me semble que j'aurais dû savoir quoi dire à cette femme qui souffrait d'être identifiée de cette façon. »

DEUXIÈME TÉMOIGNAGE (mars 2006) : « Au cours de la tenue d'un focus-groupe auquel j'ai assisté à la DSP (Direction de la Santé publique) concernant le programme SIPPE, nous avons des exercices à faire portant sur des cas-types où nous devons mettre en ordre d'importance la cliente la plus « vulnérable ». Nous étions plusieurs intervenantes de CLSC : des infirmières, des travailleuses sociales et une organisatrice communautaire (moi). Quelle ne fut pas la surprise de la représentante de la DSP lorsqu'elle constata que notre choix s'était arrêté sur l'avocate. Celle-ci était à nos yeux la plus vulnérable. Cela défaisait complètement les critères du programme car même si toutes les intervenantes savaient que l'avocate n'était pas pauvre et qu'elle ne cadrait pas avec le programme, c'était elle que nous avons identifiée comme « cas-type » prioritaire le plus urgent pour le bien-être de l'enfant et de la mère. Cela illustre la nécessité de programmes universels car tu peux être une femme professionnelle qui n'a pas de problèmes financiers mais lorsque tu mets au monde un enfant, tu peux être complètement vulnérable. »

Mais, attention, qui dit vulnérable dit son contraire, invulnérable. D'un côté, elles, les femmes de moins de vingt ans, jeunes mères, n'ayant pas complété leur secondaire V, avec de faibles revenus, qui sont étiquetées « vulnérables » et de l'autre, nous, les intervenantes, les gestionnaires, les chercheurs, à moyen et haut revenus, diplômés de cégeps et d'universités avec ou sans enfant... Les invincibles, les irréductibles... Ça donne à réfléchir!

Comment nous sentons-nous, invulnérables intervenantes des services intégrés ? Invulnérables dans nos interventions communautaires et individuelles, dans nos recommandations et bilans, dans nos plans d'action, dans nos interactions avec les jeunes parents pauvres, voire

extrêmement pauvres. Il peut être difficile de se tenir dans cette position...intenable, serions-nous tentées de dire ! Autant, il est erroné d'affirmer que les jeunes parents pauvres ne sont définissables que par l'étiquette « vulnérables », autant il est possible d'affirmer que les intervenantes en position d'invulnérabilité, se révèlent souvent vulnérables. Aucune étiquette ne tient la route longtemps devant le réel. On n'est jamais tout à fait invulnérable ni tout à fait vulnérable, les deux se mélangent allègrement dans la vie. Je suis une intervenante extrêmement vulnérable quand j'ai devant moi une femme qui a vécu des expériences bouleversantes et difficiles, qui est allée sur des sentiers de tristesse que je n'ai jamais parcourus, qui a relevé des défis incroyables avec son intelligence, sa finesse et le soutien de gens qui l'aiment.

La vulnérabilité revêt plusieurs formes et ne se trouve pas toujours là où l'on croit la dénicher, d'où l'importance d'identifier ce que ces femmes et leurs familles désirent faire en lien avec ce que nous, comme intervenantes, pouvons faire ou ne pas faire pour les accompagner. Ce que l'on nomme vulnérabilité fait appel à un problème social. Il ne faut pas chercher des pansements pour recouvrir le « bobo », mais commencer par identifier clairement le problème, lequel se situe dans le cas des SIPPE et autres programmes de prévention, dans la sphère des inégalités sociales.

L'idée de l'Autre catégorisé « vulnérable » appelle une autre idée, celle d'infériorité, et risque de nous enfermer dans la peur et l'ignorance. Alors que l'ouverture aux différences déstabilise, oblige à penser à cet Autre et pousse à se remettre en cause, alors que la différence est en soi une richesse permettant de répartir la vulnérabilité équitablement et avec réalisme sur toutes les têtes, l'étiquetage, *a contrario*, relève le risque de l'enfermement et condamne aux certitudes qui bloquent la reconnaissance de l'autre comme un semblable.

L'un des objectifs principaux des SIPPE est l'empowerment, soit l'appropriation-réappropriation du pouvoir des individus et des collectifs par eux-

mêmes. Or, dans ce cas précis des SIPPE, rien n'indique une reconnaissance positive des familles pauvres avec jeunes enfants qui permettent cette appropriation. Comment peut-on, dans un même souffle, épingler des gens en vertu de critères de vulnérabilité, donc en présenter un portrait de personnes incapables et victimes, tout en parlant de leurs capacités et de leurs potentiels... Voilà qui relève d'une gymnastique intellectuelle de haute voltige qui en laisse plus d'une hébétée. Cette logique contradictoire place les intervenantes entre deux chaises ; répondre aux exigences technocratiques et épidémiologiques d'un programme préventif et prédictif, ou respecter, prendre en compte et prendre le parti des familles ; lire dans le cadre de référence des beaux principes de lutte contre les inégalités

sociales ou remplir des grilles d'évaluation qui réduisent les parents à un statut d'objet et non de sujet.

Serons-nous celles qui contribueront à maintenir les coupures entre des mondes qui sont étrangers, l'un jugé par l'autre comme étant vulnérable et à risque ? Le choix des mots « vulnérables » (pour eux-elles) et « invulnérables » (pour nous) n'ajouterait-il pas à la sédimentation des fractures sociales ? Pourquoi ne pas commencer par le début en interpellant directement les parents regroupés en associations quand vient le temps de la conception, de la planification et de l'évaluation des programmes les concernant au premier chef ?

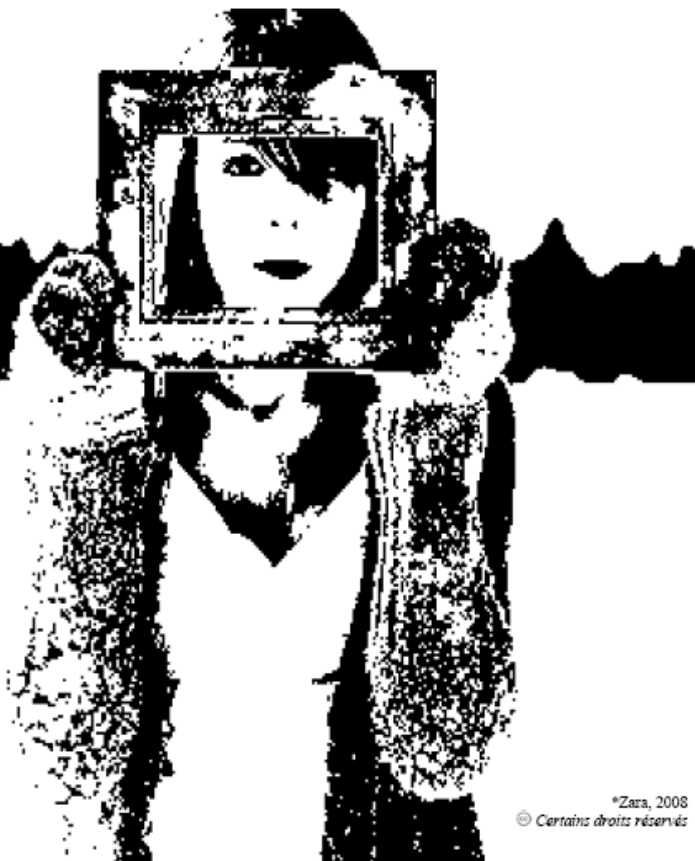
Les midis du CREMIS

**Nous ne
sommes pas
des ordures**

**Le point sur la
prostitution**

Conférence de
Rose Dufour

Mercredi 16 avril 2008,
12 h à 13 h 30,
CLSC des Faubourgs
1250 rue Sanguinet,
salle 451,
www.cremis.ca



*Zara, 2008
© Certains droits réservés

REGARDS

Valérie Besner

Étudiante à la maîtrise au département de sociologie, Université de Montréal
Agente de recherche au CREMIS

Lutter contre l'appauvrissement de la pensée Petite histoire d'un mouvement social

Les nombreux programmes de prévention précoce, ou féroce diront certains, commencent à faire réagir la population québécoise; le colloque *De l'intervention précoce à la prévention féroce ?* tenu en mai 2002 à l'UQAM y a certainement contribué. Une centaine de chercheurs et intervenants communautaires y ont participé, et le *Groupe d'étude critique de la prévention précoce* en découle. Cependant, le Canada n'est pas le seul à connaître des tiraillements quant à l'application de ce type de projet. En France, des groupes et individus se sont également mobilisés contre une loi que voulait faire passer le gouvernement afin de « prévenir » la délinquance chez les enfants de moins de trois ans. Partie de l'initiative de vingt-huit pédiatres, médecins, pédopsychiatres et professeurs, petite histoire d'un mouvement social ayant pris une ampleur inespérée.



Frostybrandx, 2008 © Certains droits réservés

gestes et bêtises devaient, selon le rapport, être interprétés comme pathologiques et, de ce fait, être neutralisés au plus vite. Plus particulièrement, l'éclairage était mis sur des traits de caractère tels que « la froideur affective, la tendance à la manipulation, le cynisme, l'indocilité, l'hétéroagressivité, le faible contrôle émotionnel, l'impulsivité, l'indice de moralité bas » (Pas de 0 de conduite, 2006). Dans ce rapport de l'INSERM, comme dans presque tous les programmes de prévention précoce, on invitait les professionnels à « repérer des facteurs de risque prénataux et périnataux, génétiques, environnementaux et liés au tempérament et à la personnalité » (Pas de 0 de conduite, 2006).

Balayer la souffrance

Le coup d'envoi a été la publication en 2005 par l'INSERM (l'Institut national de la recherche sur la santé et de la recherche médicale en France) d'un rapport où était soulignée l'importance de la prévention de la délinquance chez les jeunes enfants. Dès l'âge de trente-six mois, en cas de troubles de conduite, un programme visait à prévenir certaines dispositions comportementales potentiellement annonciatrices d'un parcours vers la délinquance. Certains

**PAS
DE
0
DE
CONDUITE**

« Traits de caractère » distinctifs du collectif

Des professionnels ainsi que des organismes mécontents se sont organisés et ont ainsi créé le *Collectif Pas de 0 de conduite pour les enfants de 3 ans* à l'hiver 2006, en référence à la notation française du comportement dans les écoles. Bien que les avis soient multiples dans le groupe et qu'en son sein même éclosent débats et discussions, tous partagent certaines valeurs. Un des membres note que le Collectif est plus qu'un regroupement, il s'agit d'« un état d'esprit, une connaissance, une volonté, une militance » (Suesser, 2007). On y retrouve une volonté de résistance et de lutte face aux réglementations et pratiques ayant cours en se positionnant contre l'instrumentalisation politique.

Les membres du Collectif invalident les approches normatives, ciblées et prédictives qui stigmatisent, excluent ou étiquettent les enfants. Selon eux, aborder les problèmes des enfants dits turbulents sous l'angle de la répression, n'est pas approprié, tout comme mêler prédiction et prévention. Ils mettent de l'avant que ce sont avant tout des enfants qui vivent de la souffrance, souffrance qui est également partagée par les familles, les institutions et le système, et réfutent le paradigme que tout se joue avant trente-six mois. Ils sont pour que la prévention dans la petite enfance soit efficace et humanisante. Ils déplorent la montée de la médicalisation et de la psychiatrisation du mal-être social ainsi que les solutions réductrices, qui risqueraient de dériver vers un contrôle social.

Par conséquent, les membres du Collectif espèrent mettre le débat sur la place publique, dans toutes ses dimensions, autant politique, sociale que scientifique. Ils appellent ainsi la participation d'individus, d'associations et de chercheurs de toutes les disciplines concernées par la prévention en santé mentale chez les enfants pour alimenter la controverse et multiplier les débats et réflexions. Ils se positionnent contre la « performance paradoxale des sciences », la « vanité du dépistage », de qui on attend, semble-t-il, toutes les solutions, pour plu-

tôt chercher à bâtir une éthique de la recherche. Dans un contexte de vénération des chiffres et statistiques, ils souhaitent un plus grand respect de la confidentialité ainsi que des garanties méthodologiques, ce qui pourrait se faire selon eux en diminuant l'écart entre les scientifiques-chercheurs et les scientifiques-praticiens. Ils dénoncent l'accumulation et la thésaurisation des fichiers, car ils croient qu'emmagasiner de l'information est rarement lié à l'action. Ils désapprouvent qu'à un effet mesuré ou observé, on ne rattache qu'une seule et unique cause, qu'on simplifie ainsi des problèmes habituellement de nature très complexe en proposant une solution unique.

Ainsi, les enjeux et principes auxquels le Collectif entend ne pas céder sont, dans un premier temps, celui de vouloir faire taire les enfants. En parlant de « troubles de conduite », un des écueils serait de balayer la souffrance qu'ils vivent. On ne doit pas seulement apporter des solutions techniques, mais bien les aider et soutenir les parents et les intervenants qui se sentent dépassés par le cours des événements. Deuxièmement, les membres du Collectif refusent de participer à l'invalidation des savoirs et compétences de ces derniers, qui sont diminués par rapport à ceux des experts et spécialistes.

Pour une intervention prévenante et humanisante

À peu près au même moment que la fondation du Collectif, soit au début de 2006, a été lancée une pétition qui a rapidement compté 200 000 noms. Le gouvernement a reculé et décidé de ne pas inscrire le dépistage de la délinquance à 36 mois des enfants turbulents dans son projet de loi relatif à la prévention de la délinquance. Qui plus est, au mois de novembre de la même année, suite à un débat scientifique entre des membres de l'INSERM et du Collectif, l'Institut a promis de développer de nouvelles méthodes, alliant plus de spécialistes provenant de disciplines diverses à l'étude de la question de la prévention.

Par la suite, le Collectif a continué de multiplier

REGARDS

« mettre de l'avant une intervention
'psychologique, globale, prévenante, humanisante, éthique' »

conférences de presse, rencontres et réflexions. En juin 2006, ses membres organisent un premier colloque à la suite duquel sortira un premier livre, qui regroupe des écrits de divers membres sur le problème du dépistage précoce. Dans le même temps, en février 2007, l'INSERM publie un nouveau rapport sur les troubles d'apprentissage qui maintient le cap. Le ministère de la Justice française renchérit lui aussi, quelques mois plus tard, en mettant de l'avant le lien linéaire et prédictible entre les problèmes de comportements durant les premières années de la vie et un destin de délinquant plus tard, ce qui encourage le Collectif à poursuivre ses actions. En novembre 2007, le deuxième colloque de l'organisation, intitulé « *Enfants turbulents : l'enfer est-il pavé de bonnes préventions ?* », obtient un franc succès. Il a pour objectif de définir les grandes lignes de la prévention que veut mettre de l'avant le Collectif — à savoir une intervention « psychologique, globale, prévenante, humanisante, éthique » (Programme du 2^{ème} colloque) —, de redéfinir les rôles spécifiques de l'éducation, de la santé et de la société à l'égard des enfants en souffrance et, enfin, de réfléchir à la place de la science dans ces programmes.

Renforcer les pratiques citoyennes

Le projet de loi français relatif à la prévention de la délinquance démontre l'attention accrue portée aux comportements au sein des sociétés occidentales pour expliquer les problèmes sociaux. Le Collectif est un regroupement qui reste à l'affût de cette montée du « biopouvoir », tel que décrit par Foucault, et de la sociobiologie. M. Sarkozy ayant été à l'époque, en tant que Ministre d'État, de l'intérieur et de l'aménagement du territoire, l'instigateur du projet de loi relatif à la prévention de la délinquance, il est certain que le Collectif restera actif maintenant qu'il est président. Dans une perspective de renforcement des pratiques citoyennes, ses membres souhaitent élargir l'accès à des conditions de vie favorables pour les familles, défendre les capacités parentales et lutter contre l'appauvrissement de la pensée.

Delion, Pierre (2007). *Intervention au 2^{ème} colloque du Collectif Pas de 0 de conduite*. Adresse URL: www.pasde0deconduite.ras.eu.org

Le collectif Pas de 0 de conduite (2006). *Pas de 0 de conduite pour les enfants de 3 ans !*, Ramonville-Saint-Agne, Éres.

Suesser, Pierre (2007). *Conclusion au 2^{ème} colloque du Collectif Pas de 0 de conduite*. Adresse URL: www.pasde0deconduite.ras.eu.org



Agir sur le mal-être ou pour le bien-être ? Intervenir auprès des populations marginalisées

REGARDS

Le maintien et l'amélioration du bien-être des populations est affiché comme un des principaux objectifs du système de santé et de services sociaux au Québec. Cependant, le terme de « bien-être » demeure flou pour la plupart d'entre nous, chercheurs et intervenants. Que signifie agir pour le bien-être des personnes ? Dans quelle mesure est-il possible d'agir pour le bien-être dans le cadre de nos interventions ? Est-il pertinent et possible d'avoir pour objet de recherche le bien-être des usagers ?

Une rencontre s'est déroulée récemment au CLSC des Faubourgs, rassemblant des intervenant(e)s de l'Équipe Itinérante du CSSS de Laval et de l'Équipe Itinérance du CSSS Jeanne-Mance, ainsi qu'une équipe de recherche du CREMIS. L'objectif principal de cette rencontre était d'échanger autour des défis et enjeux rencontrés par les équipes itinérance de Montréal et de Laval et d'alimenter les réflexions par différents questionnements et constats qui ont émergé du projet de recherche-action participative et évaluative réalisé par le CREMIS et l'Équipe Itinérante de Laval durant l'année 2006-07⁽¹⁾. Ce projet avait pour but d'évaluer l'impact des interventions de l'Équipe Itinérante sur le bien-être et la santé des populations marginalisées à Laval et, si nécessaire, de proposer des pistes de transformation ou de consolidation des pratiques. Avant la rencontre, les intervenants avaient été invités à lire le rapport de recherche qui fait état de la démarche de recherche et des principaux constats dégagés. Certains éléments de ce rapport ont été repris au début de la rencontre et ont permis de lancer la discussion. Les quelques pages que vous tenez entre vos mains ou lisez à l'écran ont pour but de rendre compte le mieux possible de la richesse des échanges qui ont eu lieu après cette présentation et d'éclaircir les questions liées au bien-être, évoquées pré-

cédemment. Ainsi, à partir de cette rencontre, l'équipe de recherche a pu dégager certains constats qui ont été regroupés en quatre enjeux principaux : 1) l'intervention et le bien-être des usagers, 2) le statut des équipes itinérance au sein du réseau de la santé et des services sociaux, 3) la communauté des intervenants, et 4) la présence de la recherche dans les milieux de pratique.

L'intervention et le bien-être des usagers

Le projet de recherche-action évaluative et participative (RAPE) réalisé à Laval était centré sur les populations marginalisées et leur bien-être, plutôt que sur les services et leur efficacité. Cette perspective d'emblée originale a permis de mieux comprendre les usagers des services de l'Équipe et de constater qu'au-delà des caractéristiques individuelles issues de diagnostics sociaux et médicaux, ce qui unit les usagers est d'abord le fait qu'ils ont des besoins en termes de bien-être et de santé qui ne sont pas ou ne peuvent pas être pris en charge par le réseau « classique » de santé et de services sociaux. Ainsi, les personnes se situent dans une « zone grise » pour des raisons à la fois individuelles, matérielles, structurelles et relationnelles. Ce constat est partagé par l'Équipe Itinérance du CLSC des Faubourgs, qui remet par exemple en question l'appellation même de l'équipe, qui peut agir comme une étiquette stigmatisante pour les personnes qui font appel à ses services.

CONSTAT : La population rejointe par l'Équipe Itinérante de Laval et l'Équipe Itinérance de Montréal est diversifiée en termes de profils et de problématiques. Au-delà de l'étiquette « itinérante ou à risque », cette population peut d'abord être définie par sa position marginalisée au sein du réseau de santé et de services

Aude Fournier

Étudiante à la maîtrise
au département de sociologie,
Université de Montréal
Agente de recherche au
CREMIS

Baptiste Godrie

Étudiant à la maîtrise au
département de sociologie,
Université de Montréal
Agent de recherche au
CREMIS

Christopher McAll

Professeur au département de sociologie,
Université de Montréal
Directeur scientifique du
CAU-CSSS Jeanne-Mance et du CREMIS

(1) Le rapport de recherche est disponible à l'adresse suivante : www.cremis.ca

REGARDS

sociaux.

Les personnes rejointes par les équipes itinérance peuvent parfois faire l'objet de deux types de diagnostics stigmatisants : un diagnostic « social » (ex. itinérance) et un diagnostic médical (ex. troubles persistants de santé mentale). Nécessaires dans le cadre des interventions en réseau, ces diagnostics tendent toutefois à réduire la personne à une catégorie (« compartimentation ») et cloisonne l'intervention dans une logique symptômes-diagnostic-traitement qui n'est pas toujours appropriée pour les usagers, dont les besoins n'entrent pas toujours dans les cases définies par le système. Les usagers en viennent parfois à s'approprier ces étiquettes qu'on leur accole et à se catégoriser par eux-mêmes (comme itinérants, toxicomanes par ex.). La définition de soi passe alors par la mise en avant d'une problématique sociale ou de santé. Or, les intervenants rappellent que la personne est plus que sa maladie et qu'il faut aller au-delà des problématiques de la personne pour la considérer davantage dans sa globalité et comprendre le processus qui a présidé à ses conditions de vie.

CONSTAT : Qu'il soit social ou médical, le diagnostic formel cloisonne l'intervention et catégorise les personnes à partir de leurs problématiques.

Un des éléments centraux qui ressort de la discussion est l'importance de penser la population à partir de ce qui contribue à son bien-être, et non de la penser *a priori* comme un problème. Il s'agit de renverser une vision dominante et d'agir pour le bien-être des personnes plutôt qu'uniquement sur leur mal-être. Selon les intervenants, cette perspective orientée vers le bien-être implique deux éléments : 1) bénéficier d'une marge de manœuvre dans l'intervention qui laisse un espace et un temps pour le dialogue entre l'intervenant et l'usager et pour une prise en compte effective de ce qui pourrait contribuer à améliorer son bien-être. 2) travailler avec les compétences de la personne, qui a une connaissance de ses besoins et aspirations en termes de bien-être.

CONSTAT : Il est nécessaire de travailler avec les

compétences de la personne, en fonction de ce qui contribue à son bien-être.

Il y a unanimité entre les intervenants sur la nécessité et la possibilité de concilier une approche en termes de diagnostics avec une approche orientée vers le bien-être des personnes, c'est-à-dire de concilier des objectifs relevant à la fois des orientations bureaucratiques, universalistes et standardisées des pouvoirs publics, avec des objectifs centrés sur la considération du bien-être et la spécificité des besoins de certaines personnes, qui n'entrent pas dans le cadre standard. Les situations rencontrées par les intervenants sont complexes. Pour cela, il est important de considérer la personne dans sa globalité, c'est-à-dire de considérer ce qui contribue et nuit à son bien-être. Ainsi, le diagnostic offre un cadre de travail nécessaire (ex. importance du traitement chez un diabétique) dans la mesure où il ne stigmatise pas les individus et où l'intervention ne s'y limite pas toujours.

CONSTAT : Il est nécessaire de considérer la personne dans sa globalité, c'est-à-dire en considérant à la fois son bien-être et son mal-être, et en conciliant le diagnostic formel avec une approche souple et chaleureuse qui situe le bien-être de l'usager au centre de l'intervention.

Les statuts des équipes itinérance au sein du réseau de la santé et des services sociaux : l'enjeu de la « zone grise »

Les services courants de première ligne s'adressent en droit à toute la population du territoire du CSSS. Les intervenants du CSSS sont ainsi habitués à intervenir dans un certain cadre défini par le Ministère des services sociaux et de santé. Les critères d'évaluation des interventions sont fixés en fonction de cette mission généraliste. Pour un certain nombre de raisons (moyens limités des équipes, ruptures de certains personnes avec le réseau de services sociaux et de santé, approche trop impersonnelle), les services courants ne permettent pas ou peu de combler les besoins en matière de santé de certaines personnes. Ce cadre d'intervention est trop rigide pour les Équipes itinérance.

rance qui interviennent auprès de ces populations. Les intervenants des Équipes doivent développer des pratiques spécifiques d'intervention et accepter parfois de ne pas savoir où ils vont. Ils évoquent également leur difficulté à avoir des résultats s'ils se fient aux indicateurs du CSSS.

CONSTAT : Le travail des membres des Équipes itinérance auprès des populations marginalisées révèle l'inadéquation de cadres et normes traditionnels de l'intervention en CSSS. Les besoins spécifiques des populations marginalisées déjouent les cadres généralistes des services courants et appellent une réponse particulière.

Les équipes travaillent au sein d'un réseau qui connaît lui-même des modifications. Les intervenants craignent, avec le passage des CLCS aux CSSS, une perte de vue progressive du local et du savoir-faire communautaire. Le secteur communautaire connaît lui aussi des changements profonds et s'institutionnalise (exigences de plus en plus sévères de la part des bailleurs de fond, faiblesse et précarité du financement).

Ces changements interrogent la place des Équipes itinérance au sein du réseau. Les intervenants sont au centre d'un rapport entre des populations – avec des besoins en matière de santé et de bien-être – et la direction du CSSS – qui, à cause de sa distance avec les populations et de ses exigences d'un certain niveau de standardisation, propose des cadres qui ne sont pas toujours appropriés aux besoins de ces populations. Les intervenants se demandent comment ils doivent réagir. La conciliation des besoins des personnes rencontrées par les équipes avec les exigences et les cadres développés par le réseau pose problème dans certains cas. Les Équipes sont là pour agir auprès des populations marginalisées. Elles ont besoin d'une certaine marge de manœuvre en matière d'intervention mais la « normalisation » des services semble parfois travailler dans un sens contraire. Toutefois, les intervenants notent l'existence d'une ouverture chez la direction qui permet de négocier cet espace de liberté nécessaire à l'intervention.

Ces discussions mettent en jeu le mandat et l'existence même de ces Équipes. Quelle est la pertinence d'avoir des équipes spécialisées en itinérance ? Est-ce que cela ne conduit pas, dans une certaine mesure à un « déresponsabilisation » des autres services du réseau ? Plusieurs intervenants réfèrent à l'Équipe itinérance, non seulement les personnes itinérantes, mais aussi les personnes en difficulté dont la situation est complexe, les personnes qui ont une « allure d'itinérant » sans pour autant être dans la rue ou encore, les personnes qui font une « mauvaise utilisation des services ». Ces personnes sont ainsi catégorisées comme étant « à problèmes ». Le système a de la difficulté à s'adapter aux besoins spécifiques des populations et certains services leur réfèrent des populations qui ne rentrent pas tout à fait dans leurs « cases ».

CONSTAT : Les membres des Équipes itinérance se questionnent sur leur identité dans un contexte d'évolution du système de santé (et des CSSS) qui semble perdre de vue l'ancrage communautaire, la proximité avec les populations qu'avaient établie les CLSC et réduire leur liberté d'intervention.

Selon eux, le réseau de services sociaux et de santé encourage peu les interventions qui permettraient plus de souplesse et de proximité avec des populations en soutenant qu'elles sont plus coûteuses sans pour autant être plus efficaces. Pour les membres de l'Équipe, offrir de tels services ne coûte pas toujours plus cher. Cependant, ces services ne peuvent pas être considérés « efficaces » si on se rapporte aux outils d'évaluation proposés par le réseau lui-même. Ces interventions sont efficaces à un autre niveau, qui n'est pas mesuré par les outils conventionnels. Elles le seraient par de nouveaux outils d'évaluation qui prendraient notamment en compte les dimensions du bien-être.

CONSTAT : Ni l'argument des coûts, ni celui du manque d'efficacité ne tiennent pour justifier l'absence ou la faiblesse des services de proximité, adaptés aux besoins des populations. En revanche, dans les deux cas, on remarque une résistance du réseau à perdre un contrôle sur

les populations, du moins dans un premier temps, jusqu'à preuve d'efficacité et de réduction effective des coûts.

La communauté des intervenants

Les intervenants (médecins, travailleurs sociaux, infirmières) ont rappelé à plusieurs reprises leur appartenance à une communauté d'intervenants plus large, qui va au-delà de l'appartenance à une Équipe itinérante. Ainsi, les intervenants font partie d'une institution (le CSSS), d'un ordre professionnel et, plus globalement, du réseau de santé et de services sociaux. Ils travaillent également en collaboration avec le milieu communautaire, les services municipaux et les policiers. En intervenant auprès des populations marginalisées à Montréal et à la Laval, ces équipes ont développé un ensemble de savoir-faire et de connaissances qui pourraient être partagés avec les autres acteurs du réseau public, corporatiste et communautaire. Comme intervenants, ils rappellent leur responsabilité collective à l'égard du bien-être des populations auprès desquelles ils interviennent. Ils ont un contact direct que la plupart des décideurs n'ont pas. Les changements dans le système peuvent commencer à travers la rencontre avec les usagers, en changeant sa propre pratique d'intervention et par le biais d'actions collectives, par exemple la rédaction d'un document qui serait diffusé au sein du réseau. Ainsi, les intervenants rappellent l'importance d'amener une autre vision de ce que pourrait être le travail auprès des populations marginalisées.

CONSTAT : Le partage et l'échange de savoirs et d'expériences, de même que des actions collectives (ex. rédaction d'articles, de lettres) sont envisagées pour améliorer les pratiques destinées aux populations marginalisées.

Enjeux de la recherche

Les chercheurs attribuent deux enjeux principaux à la recherche en milieux de pratique. D'abord, un enjeu d'amélioration de la compréhension collective des faits (au travers de l'étude des populations, des trajectoires, des interventions). Ensuite, un enjeu stra-

tégique (de diffusion des résultats, communication, dialogue entre les acteurs de la recherche). De ce point de vue, les chercheurs doivent, par exemple, mettre de l'avant les données significatives issues de la recherche, proposer des redéfinitions d'outils statistiques, de nouvelles mesures de l'« efficacité » de l'intervention et du bien-être. Les chercheurs bénéficient paradoxalement, dans les recherches qu'ils font auprès des personnes itinérantes, d'une liberté de recherche qu'ils trouvent rarement ailleurs. Ils ont un champ ouvert à des pratiques alternatives d'intervention et de recherche dont ils doivent profiter.

L'impact de leur recherche doit idéalement s'établir à plusieurs niveaux : sur les populations et la perception de ces populations (par exemple par des redéfinitions des populations), sur les pratiques des intervenants et des chercheurs eux-mêmes et enfin, sur l'ensemble du réseau de santé et de services sociaux.

CONSTAT : L'émergence de ce type de recherche qui établit une alliance entre les populations, les intervenants et les chercheurs représente une force stratégique pour améliorer le réseau et les services.

Intervenir pour le bien-être

Intervenir pour le bien-être amène les intervenants et les chercheurs à dépasser les diagnostics médicaux stigmatisants ou l'imposition d'une étiquette sociale comme celle d'« itinérant » pour considérer la personne plus globalement, selon ses aspirations, son parcours et les rapports sociaux dans lesquels elle est inscrite. Cependant, dans le contexte actuel où les enjeux d'efficacité et de contrôle dominent le paysage, intervenir pour le bien-être oblige également à questionner les rapports sociaux dans lesquels sont inscrits les intervenants dans le réseau public. Si des contraintes pèsent sur les ceux-ci, des possibilités s'ouvrent également à eux afin d'améliorer leur impact sur le bien-être des populations marginalisées.

DOSSIER

Appauvrissement et aide sociale Le malaise des médecins

Les trajectoires de vie des personnes vivant dans la pauvreté, dans lesquelles interviennent les médecins, sont marquées à la fois par leurs conditions matérielles d'existence, et par des rapports sociaux qui peuvent être stigmatisants

ou aidants. Si la stigmatisation a comme conséquence le maintien de la personne dans sa situation ou l'aggravation de celle-ci, son amélioration dépend de l'existence d'autres types de rapports dans le cadre desquels elle peut retrouver reconnaissance et soutien. Dans ce contexte global où les rapports avec les populations sujettes à l'appauvrissement peuvent soit les stigmatiser davantage, soit leur apporter un réel soutien, comment caractériser le rôle joué par les médecins dans l'administration de l'aide sociale ?



Gherm, 2008 © Certains droits réservés

Dans le cas du Québec, la *Loi sur le soutien du revenu* prévoit qu'une personne qui présente certaines contraintes à l'emploi (et qui est en fait inapte à l'emploi) est admissible à une augmentation de la prestation de base de l'assistance-emploi. Ces contraintes peuvent être « temporaires » ou « sévères ». Dans le cas de contraintes temporaires, la personne doit démontrer, par la production d'un rapport médical, que son état physique ou mental l'empêche, pour une période d'au moins un mois, de réaliser une activité rémunérée. Dans le cas de contraintes sévères à l'emploi, la prestation sera augmentée d'une allocation supplémentaire si la personne en cause démontre, par la production d'un rapport médical, que son état physique ou mental est, de façon significative, déficient ou altéré pour une durée vraisemblablement permanente ou

indéfinie et que, pour cette raison et compte tenu de ses caractéristiques socio-professionnelles, elle présente des contraintes sévères à l'emploi. Pour un adulte, l'allocation supplémentaire prévue pour une contrainte temporaire est de 117\$ par mois – allocation qui s'ajoute au montant de base de 551\$ prévu par la Loi – alors que pour une contrainte sévère, l'allocation supplémentaire prévue est de 303\$.

C'est ainsi le médecin qui doit décider si la condition de santé de la personne justifie un tel statut, tout en sachant que le montant de base accordé à l'aide sociale ne permet pas aux prestataires de sortir de la pauvreté, ce qui risque d'avoir un effet néfaste sur sa santé par la suite. Le médecin doit aussi porter un jugement sur les conditions de santé nécessaires pour effectuer tel ou tel type d'emploi, et là aussi, peut être conscient que certaines conditions de travail – notamment au bas de l'échelle – peuvent avoir un impact négatif sur la santé de son patient. Autrement dit, le médecin assume un rôle relevant de l'administration de l'aide sociale et de l'évaluation des exigences du marché du travail, rôle qui déborde celui de soignant et risque de le placer dans un autre type de rapport vis-à-vis de la personne. Ce rôle peut devenir de plus en plus difficile avec la baisse, en valeur réelle, des prestations d'aide sociale, l'appauvrissement progressif des travailleurs au bas de l'échelle et les conséquences inévitables de ces deux types d'appauvrissement sur la santé. C'est ici que le médecin peut ressentir un malaise profond relevant du sentiment d'être contraint et complice d'un système qui exclut plutôt qu'il inclut

David Barbeau
Christopher McAll
Marie-Carmen Plante
CREMIS

Double jeu

Le dilemme éthique des médecins avec les personnes à l'aide sociale

DOSSIER

Ce texte décrit un moment dans le travail d'un psychiatre avec une équipe multidisciplinaire, formée de travailleurs sociaux, d'infirmiers, de deux médecins généralistes et d'un agent communautaire, qui se consacre aux malades mentaux sans-abri depuis près de 11 ans, dans le centre-ville de Montréal. Les locaux de cette équipe se trouvent au Centre local de services communautaires (services de santé et sociaux) nommé CLSC des Faubourgs, au cœur de la communauté... Suite à une fusion récente de plusieurs CLSC, nous portons dorénavant le nom de CSSS Jeanne-Mance.

Marie-Carmen Plante

Psychiatre, professeure
agrégée au département
de psychiatrie de
l'Université de Montréal et
chercheure praticienne au
CREMIS

Dans le contexte du travail clinique auprès des personnes vivant sans abri et dans l'exclusion ou l'itinérance au Québec, les psychiatres sont amenés à vivre des moments significatifs auprès de ces derniers, qui questionnent régulièrement les notions de discrimination, de stigmatisation et d'inégalités sociales. En effet, lorsque les personnes acceptent une évaluation en psychiatrie, préparée souvent de longue date par les membres de l'équipe ou demandée d'urgence, parfois par la personne elle-même ou souvent en situation de crise, ces personnes possèdent déjà un statut discriminatoire puisqu'elles sont rencontrées par une équipe clairement identifiée et ont dû se présenter dans des lieux dédiés uniquement à une population itinérante. Elles sont déjà ciblées par rapport aux autres groupes qui fréquentent le CSSS Jeanne-Mance. Elles appartiennent déjà à une catégorie bien déterminée, identifiée, connue, significative, celle de personnes sans adresse, habituellement très pauvres, vivant en situation marginale, dans la rue, en manque de moyens et de revenu. Leur faible revenu financier en fait aussi des personnes à part, très marquées par leur statut de bénéficiaire de l'Aide Sociale le cas échéant. Elles sont, dans notre contexte québécois, déjà victi-

mes d'une double discrimination : être une personne itinérante et être une personne bénéficiaire de l'aide sociale.

Certaines d'entre elles ne perçoivent aucun revenu et tentent de survivre en étant complètement démunies, pendant des mois ou des années, en raison d'atteintes mentales sévères et continues qui les écartent et les stigmatisent davantage. Bien sûr, ce chèque qui discrimine, permet aussi une amélioration de la condition de vie ou devrait le permettre, mais vivre complètement en dehors des Missions et des différentes ressources associées, en se contentant de ce minimum de 551\$ par mois, est quasi impossible. Même pour la tête la mieux organisée et la mieux articulée, et pour la personne qui désirerait vivre de simplicité volontaire et de débrouillardise. Ce montant ne mène qu'à une vie ascétique, vers une plus grande pauvreté, et conduit à une détérioration de leur qualité de vie.

De plus, parmi ceux qui reçoivent des prestations, certains ne reçoivent qu'une allocation encore plus réduite suite à des coupures pour dettes antérieures, en raison d'un trop perçu ou pour d'autres motifs qui les pénalisent largement. Parmi les nombreux exemples rencontrés dans une pratique psychiatrique en milieu communautaire, nous constatons les imbroglios technocratiques et les difficultés qu'éprouvent les bénéficiaires à s'y retrouver. Les montants réduits peuvent l'être à cause d'un changement de statut ou parce que leur assurance-chômage étant expirée, les démarches faites pour obtenir l'aide sociale ne se sont pas finalisées. Dans ce cas, ils sont en attente des montants alloués ou ont des amendes, légitimes ou non, à payer rapidement et l'on déduit - parfois sur de longues périodes - ce montant de leur prestation mensuelle.

Certaines personnes viennent d'une province différente et sont en attente de leur première allocation ou encore, possèdent un certificat d'aptitude à l'emploi expiré. Celles, ayant déjà reçu un héritage, dépensé depuis longtemps, n'ont pas encore vu leur situation validée au niveau de l'aide sociale. D'autres, sensées posséder des biens, dont elles n'ont pas complètement utilisé l'usufruit, ont aussi des difficultés à recevoir des prestations. Les personnes en situation d'immigration récente, sans possibilité de recevoir des revenus de l'État (leurs dossiers étant à l'étude), présentent autant de situations pénibles répétées, source d'inégalités, de discriminations, de détresses, de souffrances et de multiples frustrations.

Même si la Loi n'exige plus que ces personnes aient une adresse fixe pour obtenir leur allocation mensuelle, cette dernière demeure soumise à des normes et des clauses exigeantes qui varient sans cesse et qui catégorisent et discriminent les personnes dans leur recherche et l'obtention d'une réponse adéquate et adaptée à leurs besoins de base.

En mai 2006, dans le rapport du *Comité des droits économiques, sociaux et culturels*, l'ONU sermonnait vertement le Canada pour sa mollesse dans la lutte contre la pauvreté allant jusqu'à dire : « Dans la plupart des provinces, les prestations d'aide sociale ont diminué depuis une décennie, elles ne fournissent pas les sommes nécessaires pour répondre aux besoins de base pour se nourrir, se vêtir et se loger » et dénonçait « la faiblesse de l'aide sociale accordée, qui représente souvent moins de la moitié du seuil de pauvreté [au Canada] ».

Dans un document intitulé *Étude sur la pauvreté au Canada MMSPFD*, on note en 1992 que le revenu annuel des bénéficiaires oscillait entre 51% et 62% du seuil de faible revenu de Statistique Canada et l'on ajoutait, déjà à l'époque, que les personnes assistées sociales pouvaient être considérées comme l'un des groupes les plus pauvres de notre société.

Cette réalité est le reflet quotidien de ce que me rapportent les personnes que je rencontre depuis 10 ans. Elles élaborent sur ces multi-

ples difficultés, sur cette situation discriminatoire, elles en discutent entre elles, se comparent dans leur statut, leur revenu et se sentent discriminées à leurs yeux et à ceux de leur groupe. Ces gens me confient : « Docteur, comment puis-je arriver avec un tel montant ? C'est un choix crucial et impossible à faire : ou je loue une mansarde froide, obscure, un taudis à prix fort et je dois continuer à me nourrir, me vêtir et répondre à mes autres besoins en allant dans les missions et donc je ne peux quitter ce milieu... ou je choisis de dormir dans les missions, je m'alimente de façon plus adéquate, je commence à payer mes dettes, je me permets même de fumer mais je reste coincé de toutes parts... ou j'essaie de trouver du travail et de quitter enfin ce milieu, mais il me faut quand même un endroit décent où je puisse me reposer et me refaire. Et puis, quel travail trouverais-je et comment pourrais-je le garder si je demeure dans de telles conditions ? »

Au niveau du logement, les discriminations se répètent et se multiplient : « Les propriétaires ne veulent pas de nous. On nous a fait une terrible et très mauvaise réputation. Nous n'avons que les derniers choix, au dernier moment, lorsqu'il y en a; nous ne nous sentons aucunement respectés et écoutés. Nous devenons des êtres à part, nous sommes démobiliés, désillusionnés, impuissants... C'est si stressant de vivre dans cette peur, d'avoir toujours cette crainte d'être évincé à tout moment, de ne jamais manger régulièrement, de souffrir du froid, de la nuit, de la violence, de la rue et du climat si rigoureux de l'hiver. »

Dans ce contexte de la pauvreté extrême de ces patients, c'est donc un rôle très particulier qui est attendu des médecins et des médecins psychiatres : celui de remplir le fameux certificat médical qui permettrait d'accéder à une allocation mensuelle supérieure. Et au moment d'en faire la demande, les attitudes diffèrent selon les personnes.

Chez ceux qui vivent leur première expérience de la rue, encore tout imprégnés des messages de la société d'où ils viennent, on sent très bien la stigmatisation et la discrimination, la honte, la perte de l'estime de soi, la culpabilité, la

DOSSIER

dévalorisation, le désenchantement, la dépression... « Docteur, vous savez, je n'avais jamais demandé ce type d'aide auparavant. J'ai toujours pu m'organiser autrement, cela me fait très honte. Je voudrais être capable de faire sans ce certificat. Je ne comprends pas ce papier et ces demandes. Qu'allez-vous écrire ? Cela me fait peur, vont-ils accepter ? Que vont-ils penser et dire de moi au bien-être social ? Qui décide vraiment ? Voilà, avec ce papier, maintenant, je ne suis plus qu'un BS... Je serai vu comme un parasite de l'État et un profiteur, un déchet de la société, un foutu paresseux et un fraudeur, un abuseur et un bon à rien... ». Ces impressions profondes surgissent à tout moment. Les situations multiples et complexes continuent à défiler, jusqu'à leurs interrogations, sur la réaction de leurs proches et de leur entourage : « S'ils me voyaient... s'ils savaient ce qui m'arrive... » et cela peut mener à la situation où certaines de ces personnes vont jusqu'à exiger ce certificat avec dureté, colère, en termes crus, menaçants, ne me donnant presque pas le choix, cachant souvent derrière ce ton, ces attitudes, leur désespoir, leur impuissance, leur impossibilité de s'en sortir, l'incapacité de leurs moyens personnels à cette étape de leur vie, devenue si cruelle et sans avenir.

Ce moment, où est abordée la question du revenu et du certificat médical, est très particulier et stratégique, car la discrimination et la stigmatisation dont sont victimes ces personnes sont inscrites dans chaque parole et dans chacun de leur geste. Ainsi, certains à la fin de l'entrevue, maladroits, les yeux baissés, gauches et murmurant tout bas, me diront, en me présentant un formulaire froissé : « Il faudrait signer cela s'il vous plaît » ou « Il ne faudrait pas oublier ce papier docteur » me glissant furtivement l'enveloppe brune sur le bureau. Ou encore : « Mon agent, ma travailleuse sociale et mon intervenant m'ont recommandé de vous remettre et de signer ce papier » et « j'ai oublié le mois dernier de vous apporter ce document, je n'ai reçu que très peu d'argent, j'ai dû revenir à nouveau dans la rue. En attendant, pourriez-vous réviser ce formulaire, je sais que cela est de ma faute, mais j'en ai vraiment besoin... ».

Je reçois tout le poids de cette souffrance, de cette détresse, de ce malheur, de leur honte, de leur impuissance, de la discrimination qui est faite à leur égard, qui les oblige à présenter ce bout de papier pour qu'ils puissent survivre, se débrouiller, se réorganiser tant soit peu... Et comme je demeure la seule médecin psychiatre auprès de cette équipe, je suis toujours l'interlocutrice qui à leurs yeux, fera la différence et qui pourra les sortir de la discrimination, de la stigmatisation associée à leur vie actuelle, leur permettre un espoir, une survie possible. On me demande de faire cette différence entre un citoyen qui a des droits et des moyens et celui qui doit se contenter de l'aide minimale, offerte à tous, par rapport à celui qui pourrait avoir droit à une augmentation d'environ 200 dollars par mois ou à qui l'on accordera le fameux support financier qui leur assure un revenu d'environ 800 dollars et plus, dans le cas d'une incapacité-invalidité permanente au travail.

Je suis donc acculée à leur signifier une « identité pathologique » aux yeux de la structure administrative du bien-être social, ce qui leur amènera une troisième source de discrimination : après celles d'itinérant et de bénéficiaire du bien-être social, celle de malade mental ou de personne présentant certains symptômes mentaux, ce qui équivaut, dans un sens, à demander au psychiatre de psychiatriser leur souffrance, leur difficulté, leur vulnérabilité ou de psychologiser les difficultés sociales importantes et insurmontables qui sont le lot des exclus de notre société. Leur donner un « Passeport social médical » permettra une amélioration de leur situation et une remontée vers l'espoir de s'en sortir avec des moyens concrets. Ils sont très conscients de ce paradoxe et leurs compagnons d'infortune aussi, car ils en discutent abondamment entre eux et me rapportent leurs propos.

Il faut bien sûr, que l'administration gouvernementale fasse son travail et sache comment sont utilisés les budgets dits sociaux. L'État-Providence s'est éloigné depuis longtemps, mais les discriminations et les contraintes, elles, sont demeurées très présentes et ont même augmenté. Elles sont de plus en plus

sévères et de plus en plus lourdes. Je me retrouve donc dans une situation «d'agent double», situation qui est intenable, mais qui représente, pour l'instant dans notre structure, l'un des seuls moyens pour ces personnes d'obtenir un allègement de leurs difficultés, que nous espérons toujours temporaires...

Dans mon expérience, j'ai établi certaines balises que je respecte au moment de remplir ce certificat. 1) Toujours écrire la vérité. 2) Expliciter le mieux possible, avec de multiples détails, la situation du requérant tout en demeurant à l'intérieur des limites de la confidentialité, de l'éthique et de mes responsabilités professionnelles. 3) Tenter d'obtenir une allocation supérieure qui permettra à la personne - cela fait partie de l'orientation de notre équipe - d'adhérer à un plan de soins et un plan de vie, d'évoluer vers un traitement, s'il y a lieu, avec un suivi, un retour vers l'autonomie. Entre le handicap, l'inaptitude mentale et/ou physique tels que présentés à notre jugement dans ces documents, aucune interprétation mitoyenne n'est possible 4) Ne jamais signer de certificat de complaisance, mais travailler honnêtement avec la personne, à l'intérieur de la grille très étroite de diagnostics et de symptômes qui nous est allouée. Il y a tant de petites cases, qu'il ne faut pas oublier de remplir; ce découpage ne rendant aucunement justice à certaines situations, d'autant plus que je ne sais pas qui appréciera mon rapport et lui reconnaîtra de la valeur. Ne suis-je pas non plus utilisée dans ce processus pourtant vital et précurseur de libération pour la personne en demande? Puis-je vraiment faire mon travail de psychiatre et de médecin honnêtement face à ces fameux certificats? Ne m'oblige-t-on pas à une position politique qui ne relève pas de mon rôle médical? C'est un « pensum » qui nous est imposé de façon répétitive et non valorisante, car sujet à tant d'interprétations... Malaise donc, à plusieurs reprises, dans cette situation qui semble relever de pouvoirs professionnels, mais qui, pour l'espérance de celui qui est devant moi, dépend pour beaucoup dans ce que je vais rédiger. Plusieurs médecins ou psychiatres refusent d'ailleurs tout simplement de signer ce certificat ou le font de manière nonchalante, incomplète et sans support pour les patients.

J'opte donc de procéder en ajoutant beaucoup d'explications, en remplissant toutes les cases possibles. J'ajouterai, si nécessaire, les hospitalisations, les chirurgies, les traitements médicaux, les médicaments, les suivis, les problèmes physiques et sociaux qui amènent des symptômes, pour que le poids de la demande soit vraiment pris en considération. Je le ferai en demandant toujours l'accord de la personne pour qui je remplis le certificat, afin que cela ne soit ni discriminatoire ni stigmatisant. Mais, à plusieurs reprises, en utilisant cette stratégie, la personne en besoin de ce certificat et moi, nous sommes senties discriminées toutes les deux, chacune à notre niveau, impuissantes devant ce document pourtant obligatoire.

Ce certificat comporte aussi un aspect jugement d'étiquetage, qui collera à court et même à moyen terme à la personne. J'essaie donc de formuler une identité respectueuse, je tente de les aider à sortir de l'image dévastatrice dont on les affuble : « Ce n'est qu'un itinérant, malade mental, quelqu'un pour qui il n'y a rien à faire ou si peu, on peut baisser les bras, c'est perdu d'avance, pourquoi s'en faire autant, qu'il se débrouille, il n'est pas psychotique en ce moment... ».

Lorsque la situation m'apparaît difficile, trop complexe, presque insoluble, je travaille plus étroitement avec un membre de l'équipe ou avec l'équipe entière qui connaît mieux d'autres facettes de la personne et peut m'offrir un éclairage différent pour évaluer la situation, pour prendre une distance éthique nécessaire à la formulation de recommandations adéquates. Dans les cas de zone grise extrême, avant que je ne signe ce formulaire qui donnera un statut à la personne, je demande au médecin du Comité évaluateur de Québec de communiquer avec moi, pour lui expliquer de vive voix la situation et obtenir un montant adéquat pour une durée entendue; cela en toute transparence avec, en tout temps, des explications à la personne concernée. J'applique cette règle de transparence autant avec l'Administration publique qu'avec les personnes concernées.

Je le répète, cette démarche est pour moi un moment de malaise qui revient sans cesse.

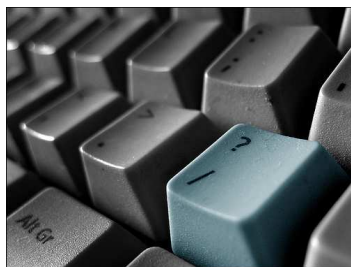
Pourtant, on ne peut l'éviter, ce certificat fait la différence vers un nouveau départ et permet un traitement pour plusieurs personnes. Il est éminemment nécessaire pour amorcer une réelle remontée vers le statut de citoyen et pour prendre une place réelle dans la société.

Dans notre équipe, nous avons convenu que toute personne qui en est à sa première exposition à la rue, devrait pouvoir s'en sortir très rapidement, surtout si elle le souhaite. Cela nécessite une allocation maximale de trois mois afin d'assurer un départ possible, articulé et supporté pour se remettre sur le chemin de la citoyenneté, pour sortir de l'exclusion sociale et matérielle et pour reprendre un scénario en pente ascendante.

C'est ainsi que je travaille, à partir d'échanges cliniques quotidiens avec notre équipe, même si cet aspect de mon travail tel que décrit, me fait vivre une colère intense et profonde certains jours. Je me sens contrainte et complice d'un système qui exclut plutôt qu'il n'inclut, alors que je tiens, avec cette équipe, à semer l'espoir et à le faire vivre malgré les inégalités qui se multiplient et le système qui se durcit. Je ne puis accepter ni d'être aliénée, ni de contribuer à l'aliénation de ces personnes avec lesquelles nous sommes en contact quotidiennement.

Je repense souvent à ce que disait le docteur Stephen Goldfinger, psychiatre, une des sommités américaines qui œuvre auprès des « homeless people » depuis des années. Il nous disait que, dans ce combat constant, il faut démontrer une « sociopathie constructive ». Ma façon de remplir les certificats s'inspire sans doute de ce concept car il faut sortir des sentiers battus et demeurer créatifs si l'on veut obtenir des résultats et donner du sens à notre travail. Nous adhérons aux moyens d'action à notre portée pour poursuivre une action émancipatrice pour notre clientèle, en nous associant à différents groupes de pression pour amener nos gouvernements à réviser la situation, les montants offerts et les façons d'évaluer les besoins financiers des personnes. Nous devons travailler à diminuer toutes ces contraintes.

C'est donc un changement à long terme où il faut continuer à être présents et constants et viser toujours l'amélioration du bien-être et de la justice des personnes, afin d'atteindre des résultats probants.



Stigmatisations, inégalités et santé

La confusion des rôles ? Médecine et évaluation des contraintes à l'emploi⁽¹⁾

Les inégalités sociales de santé représentent une problématique, malheureusement d'actualité, qui commence à peine à attirer l'attention. Les professionnels de la santé de la première ligne sont appelés à œuvrer auprès de populations parfois très démunies, discriminées et même stigmatisées. Les médecins de famille semblent jouer un rôle important dans la trajectoire de vie de plusieurs de leurs patients et ce, à différents niveaux. Si l'on considère le domaine professionnel, on se rend rapidement compte que le médecin traitant est en mesure d'influencer profondément le parcours de certains patients. Entre autres, c'est à lui que revient la décision d'accorder un certificat d'invalidité au travail qui permettra éventuellement de fournir un revenu de remplacement ou une prestation supplémentaire d'aide sociale dans certains cas.

De prime abord, ce « pouvoir » que détient l'omnipraticien peut sembler en contradiction avec son rôle de soignant et l'approche centrée sur le patient tant promulguée dans les facultés de médecine. Que nous dit la littérature scientifique à propos de la perception qu'ont les médecins généralistes de leur rôle dans l'évaluation des contraintes à l'emploi ?

Les thèmes abordés dans les écrits sont regroupés afin de répondre à trois ensembles de questions. D'abord, je tenterai d'établir les conséquences pour les médecins eux-mêmes, dans le fait d'assumer la responsabilité de l'évaluation des contraintes à l'emploi. Ces conséquences prennent la forme de perceptions, d'attitudes et de comportements, à leur tour influencés par l'expérience et la pratique des médecins. Par la suite, j'explorerai comment le rôle joué par les médecins dans l'émission de certificats, peut affecter la relation thérapeutique avec le patient. La tâche d'évaluation semble complexifier les interactions avec ce dernier et multiplier les chapeaux portés par

le médecin traitant. Finalement, je tenterai de cerner le cas des rapports entre les médecins et l'administration des rentes d'invalidité, en sachant que ces rapports peuvent avoir de grandes répercussions sur les populations sujettes à l'appauvrissement. La position adoptée par le corps médical peut, soit les stigmatiser davantage, soit leur apporter un réel soutien.

Les conséquences d'une tâche complexe pour le médecin évaluateur

Comment les médecins perçoivent-ils cette responsabilité ? Comment cette tâche se traduit-elle dans les comportements des médecins ?

Les perceptions et la compréhension de la tâche d'évaluation

De façon générale, l'évaluation de l'invalidité à l'emploi est une tâche perçue de façon négative par les médecins généralistes. Les praticiens britanniques la décrivent comme étant un fardeau, une corvée et même une plaie (Hiscock et al., 2005). Aux États-Unis, les médecins généralistes considèrent cette tâche comme étant la plus inconfortable, comparativement, entre autres, à la prescription de narcotiques, à l'enseignement et à la discussion sur la fin de vie avec un patient (O'Fallon et Hillson, 2005). D'autres se disent plus ou moins confiants par rapport à leur capacité de déterminer la présence d'invalidité chez un patient (Zinn et Furutani, 1996). Des médecins finlandais ont exprimé beaucoup de frustrations en lien avec l'acte de remplir un formulaire d'évaluation d'invalidité, particulièrement lorsque les considérations non médicales sont nombreuses (Lien, 1992). Certains médecins voient cette responsabilité d'évaluation comme faisant partie des soins à prodiguer aux patients en âge de travailler, alors que d'autres souhaiteraient l'exclure de la prise en charge

DOSSIER

Camille Paquette

Médecin-résidente en
santé communautaire à
l'Université de
Sherbrooke

(1) Cet article est une version abrégée d'une recension des écrits intitulée « Les différentes perceptions des médecins de famille de leur rôle dans l'évaluation des contraintes à l'emploi » et bientôt disponible en ligne sur le site web du CREMIS : www.cremis.ca.

DOSSIER

« 31% des médecins généralistes et internistes interrogés ont répondu avoir déjà exagéré les signes et symptômes cliniques d'un patient afin de s'assurer que celui-ci ait droit à la prime pour invalidité. »

globale (Sawney, 2002).

En raison d'un manque de connaissances en matière de santé occupationnelle, les médecins généralistes échouent parfois à reconnaître des situations qui nécessitent un arrêt de travail. Ils possèdent rarement toute l'information pertinente relative à l'emploi et au lieu de travail du patient et ne sont pas suffisamment outillés pour évaluer sa capacité fonctionnelle et occupationnelle (Sawney, 2002). De plus, ils semblent avoir des connaissances insuffisantes à propos de leur système national de certification d'invalidité. Bon nombre d'entre eux n'ont suivi aucune formation en lien avec ce système, que ce soit avant ou après leur graduation, et ils sont peu intéressés à le faire. Cela peut induire une incompréhension de leur rôle d'évaluateur et d'émetteur de certificat (Hussey, Hoddinott, Wilson, Dowell et Barbour, 2004; O'Fallon et Hillson, 2005; Romaniuk, 1995; Sawney, 2002; Walhström et Alexander-son, 2004).

Certains médecins éprouvent le sentiment d'être utilisés par le système et sont choqués de voir leurs décisions amoindries par leurs collègues œuvrant à l'hôpital (n'émettant pas de certificats) et par les instances de services et de soins de santé (Hussey et al., 2004). Un groupe de médecins généralistes allemands, interrogés sur les difficultés rencontrées en tant que « spécialistes » du système d'assurance-santé, ont soulevé l'important défi que posait la nécessité de réconcilier le diagnostic clinique, la demande et les attentes du patient ainsi que les critères législatifs (Nuchtern, 1993). On constate donc que cette position d'évaluateur est loin de faire l'unanimité au sein du corps médical et que les médecins ont une attitude plutôt défavorable envers ce rôle qui leur est bien souvent imposé par le système de santé et plus ou moins directement par l'État (Claussen, 1996; Sawney, 2002; Sutton, 1996).

Les attitudes et les comportements des médecins envers le système

En plus de mal comprendre le système de certification d'invalidité, il semblerait que les méde-

cins n'en fassent pas toujours l'usage prescrit par le système de santé et des services sociaux, mais en détournent, d'une certaine manière, l'usage. La modification délibérée des informations concernant le patient dans le but d'obtenir un verdict d'invalidité est monnaie courante. Dans une étude réalisée au Massachusetts en 1996, 31% des médecins généralistes et internistes interrogés ont répondu avoir déjà exagéré les signes et symptômes cliniques d'un patient afin de s'assurer que celui-ci ait droit à la prime pour invalidité. Jusqu'à 39% d'entre eux approuvaient ce comportement (Zinn et Furutani, 1996). Cette situation illustre bien le dilemme provoqué par la confrontation du principe de bienfaisance envers le patient et du devoir d'honnêteté envers le système pour le médecin (Hiscock et al., 2005; Zinn et Furutani, 1996). Afin de s'en sortir, certains praticiens évitent de poser un diagnostic clair dans le but de maximiser les chances de leurs patients, sans toutefois tomber dans le mensonge (Hussey et al., 2004). Enfin, les médecins éprouvent de la difficulté à conseiller leurs patients sur des activités alternatives à leur emploi. Ils ont souvent peu d'attentes face au retour à l'emploi de leurs patients et ont donc un préjugé défavorable dès le départ (Sawney, 2002). Tout cela peut influencer négativement le pronostic de retour au travail.

Les facteurs liés à la pratique et à l'expérience des médecins

En plus de la perception négative, de la méconnaissance et de l'utilisation « délinquante » du système d'évaluation d'invalidité, d'autres facteurs tels que l'expérience et le type d'horaire de travail du médecin influençaient le taux d'émission de certificats d'invalidité. Il semblerait que les médecins bénéficiant d'une plus longue expérience aient tendance à délivrer davantage de certificats. Deux autres études ont souligné l'influence de l'expérience dans le processus d'évaluation d'une invalidité : les médecins plus jeunes semblent plus restrictifs et émettent moins de certificats (Getz et Westin, 1995; O'Fallon et Hillson, 2005). On peut donc se questionner sur les motivations qui peuvent entraîner un médecin plus âgé à rem-

plir un certificat d'invalidité.

À l'heure actuelle, on ne peut qu'émettre des hypothèses sur le lien unissant l'âge, l'expérience et le taux d'émission de certificats. Certains auteurs y voient un effet « grand-père », c'est-à-dire que les médecins plus âgés seraient plus empathiques et feraient davantage confiance à leurs patients. Ces derniers seraient dès lors plus enclins à leur soumettre une demande d'évaluation d'incapacité au travail (Reiso *et al.*, 2000). Se pourrait-il aussi que ces médecins plus expérimentés possèdent une connaissance plus approfondie du système et des ressources et aient la plume plus légère sur les formulaires ?

Pour les médecins généralistes, assumer la responsabilité d'émettre des certificats d'invalidité représente un fardeau. Certains comprennent mal leur rôle et connaissent peu le système. Bien souvent, ils ne sont pas suffisamment outillés pour compléter une évaluation des capacités fonctionnelles et occupationnelles de leurs patients, étant donné que cela inclut des considérations non médicales. La frustration les entraîne même à modifier certaines informations et à avoir peu d'attentes face à la réintégration du patient sur le marché du travail. On constate également un certain effet de l'expérience et de l'âge des médecins au niveau de la quantité de certificats délivrés. Ce rôle d'émetteur n'a toutefois pas uniquement des conséquences pour le médecin. Le couple médecin-patient semblerait ne pas être à l'abri. Dans quelle mesure la relation de soin elle-même est-elle affectée ?

La relation thérapeutique et l'impact du certificat d'invalidité

Le conflit de rôles

Les facultés de médecine canadiennes enseignent une approche centrée sur le patient à leurs étudiants. Cette approche incite le médecin à considérer son patient comme une personne à part entière, dotée de jugement et habitée par un système de valeurs et de croyances qui lui est propre. La relation doit être égalitaire et empreinte de confiance mutuelle; le médecin doit agir en tant qu'expert

médical auprès de son patient (Collège des médecins du Québec, 2001; Frank, 2007). Dans ce contexte, on peut concevoir le médecin comme étant un protecteur de la santé et du bien-être du patient. Comment vient alors s'inscrire ce rôle d'émetteur de certificats d'invalidité dans la relation médecin-patient ? De la même façon qu'ils considèrent ce rôle comme étant une corvée, les médecins le jugent en conflit d'intérêt majeur avec la relation privilégiée qu'ils entretiennent avec leurs patients. Ils se retrouvent à assumer une double fonction contradictoire : défenseur de ses patients et gardien d'un programme de l'État, ce qui soulève le débat éthique de la responsabilité du médecin (Getz, Westin et Paulsen, 1994; Hiscock *et al.*, 2005; Sawney, 2002). Auprès de qui doit-il engager cette responsabilité ? Auprès du patient ou de la société civile ? La plupart des médecins s'accorderont pour dire qu'ils doivent d'abord représenter les intérêts de leurs patients (Hiscock *et al.*, 2005; Hussey *et al.*, 2004; Walhström et Alexanderson, 2004; Zinn et Furutani, 1996). Puisqu'ils voient une source potentielle de conflits dans le fait d'évaluer l'invalidité, ils pourraient interpréter certains critères d'admissibilité en faveur d'un patient et tenter ainsi de conserver une bonne relation thérapeutique (ce qu'ils font volontiers, comme nous l'avons vu précédemment). La démarche évaluative se viderait dès lors de toute impartialité. Ce qui peut nous amener à nous questionner sur la valeur médicale de tels certificats. D'autant plus que ces évaluations sont plus souvent fonctionnelles que strictement médicales (Toon, 1992). À l'opposé, son engagement auprès du patient et la volonté de lui apporter un bénéfice doivent-ils surpasser à tout prix l'honnêteté et l'exactitude de l'évaluation ? Puisque la compassion et la subjectivité semblent être inhérentes au processus de certification, on se retrouve donc devant ce que l'on pourrait qualifier de flou déontologique (Hussey *et al.*, 2004). Le jugement médical paraît demeurer le seul outil permettant de s'en sortir.

La confusion des rôles

Mis à part le fait d'être conflictuel, ce rôle d'émetteur de certificats semble aussi être confus.

DÉFENSEUR DE SES PATIENTS OU GARDIEN D'UN PROGRAMME D'ÉTAT ?

Il n'est pas toujours clairement spécifié sur les formulaires si l'on demande au médecin de faire une simple évaluation de la situation ou de se compromettre et d'émettre un jugement quant à l'état du patient. Par exemple, sur le formulaire de la Régie des rentes du Québec, on demande au médecin d'inscrire un maximum d'informations et d'indiquer s'il croit que le patient pourra éventuellement reprendre son travail ou débiter un autre emploi. En même temps, on spécifie que ce sera le médecin évaluateur de la Régie qui jugera de l'éligibilité du patient (Régie des rentes du Québec, 2008). Il n'est donc pas clair si le médecin traitant doit agir à titre d'évaluateur en rapportant les faits ou porter un jugement. Le malaise peut être amplifié lorsque plusieurs partis sont impliqués, tels que le patient, l'employeur et l'État (Toon, 1992).

La responsabilité de santé : individuelle ou collective ?

La double fonction rattachée au rôle d'évaluateur, celle de défenseur du patient et de gardien de l'État, soulève un autre débat : celui de la responsabilité de santé. Il apparaît approprié de se questionner sur la part de responsabilité que doit assumer chaque personne envers son état de santé. Certes, chaque patient prend des décisions et fait des choix qui lui sont propres et qui peuvent influencer sa condition. Par contre, les connaissances et la capacité de faire des choix (ce que l'on pourrait définir comme une liberté positive) ne sont pas les mêmes pour tous et toutes. Pour faire le bon choix, les bonnes options doivent être disponibles. Van De Vathorst et Alvarez-Dardet (2000) le soulignent dans leur article : la gamme d'options disponibles pour une personne est façonnée par ses environnements physique, économique, culturel et social. Une équipe de chercheurs hollandais est arrivée à la conclusion que les facteurs structuraux, c'est-à-dire, liés à l'environnement d'un individu, avaient un impact plus grand dans la création et l'aggravation des inégalités de santé, que les facteurs liés au comportement personnel (Stronks, Dike van de Mheen, Looman et Mackenbach, 1996). Dans le même ordre d'idées, Nessa (1996) affirme que le fait d'être malade peut mener à l'exclusion de la

communauté, avec un risque réel de se voir perdre ses droits et devoirs, pourtant essentiels à chacun pour exercer sa citoyenneté.

La maximisation du revenu peut apparaître comme un outil efficace pour l'omnipraticien afin de promouvoir la santé de ses patients plus vulnérables (Harding, Sherr, Singh, Sherr et Moorhead, 2002). Par ailleurs, des médecins de famille anglais ont dit se sentir inconfortables à l'idée de priver certains patients d'un montant supplémentaire d'argent que le certificat d'invalidité pourrait leur apporter (Hiscock *et al.*, 2005). Le problème est d'autant plus aigu à l'heure actuelle, que la pratique médicale est basée impérativement sur la preuve, que la recherche ne cesse de mettre au jour de nouveaux facteurs de risque pour les maladies chroniques et que la prévention primaire met l'accent sur les modifications des habitudes de vie personnelles. Peut-on envisager que le médecin considère réellement la condition socio-économique de ses patients dans leur prise en charge ? Malheureusement, il semblerait que ce ne soit pas fait systématiquement (Gulbrandsen, Fugelli et Hjortdahl, 1998).

Le rôle de malade du patient inapte à l'emploi

À partir du moment où le médecin appose sa signature sur un certificat d'invalidité, il approuve implicitement le rôle de malade du patient. Cette approbation est nécessaire, car le patient qui se voit incapable de travailler pour une raison médicale doit bénéficier de support. En contrepartie, il doit reconnaître son obligation de maximiser ses chances de retourner sur le marché du travail en guérissant ou en réduisant ses incapacités. Il ne peut se complaire dans son inaptitude. Le défi pour le clinicien, est d'empêcher cette descente vers la chronicité de l'invalidité et il doit donc apprendre à « gérer » la maladie du patient (Sawney, 2002).

L'évaluation de l'inaptitude à l'emploi semble multiplier les rôles et les interactions au sein de la relation médecin-patient. De simple soignant, le médecin se transforme en évaluateur ou en juge selon la situation. Il doit à la fois veiller sur ses patients, se faire le gardien d'un programme étatique et apprendre à incorporer

la responsabilité du patient envers sa santé ainsi que son rôle de malade dans sa démarche d'évaluation. Ces rôles conflictuels et même confus rendent questionnable la valeur médicale du certificat d'invalidité et compliquent la relation thérapeutique. Qu'en est-il de l'interaction du médecin avec le gouvernement, unique administrateur des rentes d'invalidité et du système de santé au Québec ?

Le médecin comme interface entre l'individu et la société : quelles conséquences pour les patients ?

J'ai souligné précédemment le fait que la communauté médicale, en charge de l'évaluation de l'incapacité au travail, entrevoyait ce rôle comme étant conflictuel. En effet, ce double rôle apparaît comme contradictoire lorsque l'on demande au médecin d'agir à la fois comme défenseur des intérêts de ses patients (tel que le prescrit le serment d'Hippocrate) et comme gardien d'un programme étatique. Tel que mentionné, nombreux sont les médecins qui jugent que leur responsabilité envers leurs patients est plus importante que celle envers le portefeuille du gouvernement. Puisque la relation thérapeutique constitue l'un des éléments fondamentaux de la pratique médicale, certains médecins vont préférer déléguer toute responsabilité décisionnelle à l'État et éviter ainsi un conflit avec un patient (Hiscock *et al.*, 2005). D'autres, vont préférer jouer un rôle plus désengagé et agir à titre de consultant en demeurant le plus neutre et objectif possible (Hussey *et al.*, 2004). Claussen (1996) a même démontré que les médecins acceptaient leur rôle de gardien de l'État. Suite à la réforme norvégienne, ces derniers ont continué de proposer le même nombre de refus à l'allocation pour invalidité, malgré le fait que les patients éligibles souffraient probablement d'incapacités plus sévères. La divergence des pratiques et la complexité des rapports entre les médecins et les gouvernements ne sont pas sans impact pour les patients.

La complexité des relations entre les différents partis peut conduire à transformer le patient en objet de la transaction d'évaluation entre le médecin-évaluateur et le gouvernement-

dispensateur (Toon, 1992). Cela peut avoir de grandes conséquences pour le patient, qui voit ainsi sa santé et ses revenus personnels passer des mains de son médecin traitant à celles de fonctionnaires. De soignant qu'il était, le médecin devient celui qui a le pouvoir de donner accès à des ressources supplémentaires à ses patients plus démunis. Il se retrouve dès lors dans une position particulièrement délicate, où il doit choisir entre maintenir l'état de santé d'un patient en augmentant ses revenus ou restreindre les dépenses publiques et participer à une allocation judicieuse des ressources gouvernementales limitées (Harding *et al.*, 2002; Hiscock *et al.*, 2005; Van De Vathorst et Alvarez-Dardet, 2000). La rareté des ressources se fait d'autant plus pressante dans un contexte où les compensations pour invalidité contribuent à générer davantage de dépenses au niveau sociétal (Tellnes, 1989). À cela s'ajoute le fait que le Code de déontologie des médecins indique que « le médecin a le devoir primordial, à l'occasion de l'exercice de ses fonctions médicales, de protéger la santé et le bien-être des individus qu'il dessert tant sur le plan individuel que collectif » (CMQ, 2001, p.1). Ce qui sous-entend la protection des groupes vulnérables, dont font partie les patients incapables d'occuper un emploi pour des raisons médicales.

Clarifier les rôles

Plusieurs suggestions ont été amenées par le corps médical afin d'améliorer la tâche de certification d'invalidité. Le retrait du rôle d'évaluateur aux médecins traitant et l'instauration de postes d'évaluateurs médicaux indépendants sont les plus souvent rapportées (Hussey *et al.*, 2004; Toon, 1992; Zinn et Furutani, 1996). L'auto-certification par le patient et des cliniques médicales dédiées d'évaluation ont même été proposées (Hussey *et al.*, 2004). Si la tâche devait être inchangée, le souhait d'avoir une meilleure formation et davantage de support a été exprimé. Par support, on entend autant celui d'autres professionnels de la santé, des ressources communautaires que d'un référent régional en matière d'évaluation (Hussey *et al.*, 2004, Sawney, 2002). Les omnipraticiens souhaitent obtenir davantage de

« De soignant qu'il était, le médecin devient celui qui a le pouvoir de donner accès à des ressources supplémentaires à ses patients plus démunis. »

reconnaissance pour ce rôle qui leur incombe et demandent à ce que les patients et les employeurs soient mieux informés sur les différents enjeux liés à l'incapacité à l'emploi (Sawney, 2002).

Les connaissances en matière de certification médicale pour invalidité au travail demeurent insuffisantes. Le savoir et la compréhension des pratiques de certification sont limités. Pourtant, nous l'avons vu, plusieurs enjeux et questionnements sont soulevés par le simple geste d'émettre un certificat. Ces enjeux sont d'autant plus grands lorsque les patients font partie d'un groupe vulnérable et que le médecin traitant se retrouve à devoir choisir entre les intérêts de ses patients et ceux du gouvernement. Il apparaît primordial de clarifier ce rôle joué par le médecin, étant donné que l'attitude et les comportements adoptés par ce dernier peuvent avoir un impact majeur sur la santé de ses patients.

- Claussen, B. (1998). Physicians as gatekeepers : will they contribute to restrict disability benefits?. *Scandinavian journal of primary health care*, 16 (4), 199-203.
- Collège des médecins du Québec (2001). *Code de déontologie des médecins*. Québec : Collège des médecins du Québec.
- Frank, J.R. (2005). Le Cadre de compétences CanMEDS 2005 pour les médecins. L'excellence des normes, des médecins et des soins. *Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada*. Document téléaccessible à l'adresse : <www.crmcc.medical.org/canmeds>. Consulté le 27 août 2007.
- Getz, L. et Westin, S. (1993). Restrictions in connection with disability pensions : physicians' view on the revised legislation. *Tidsskr Nor Laegeforen*, 113(17), 2133-2136. (Résumé en anglais).
- Getz, L. et Westin, S. (1995). Assessment by consulting physicians and general practitioners about complex disability pension matters. *Tidsskr Nor Laegeforen*, 115(14), 1748-1753. (Résumé en anglais).
- Getz, L., Westin, S. et Paulsen, B. (1994). Physician and expert : a conflict situation ? General practitioners work with disability pension's errands in a time of restraint policy. *Tidsskr Nor Laegeforen*, 114(12), 1435-1440. (Résumé en anglais).
- Gulbrandsen, P., Fugelli, P. et Hjortdahl, P. (1998). General practitioners' knowledge of their patients' socioeconomic data and their ability to identify vulnerable groups. *Scandinavian journal of primary health care*, 16(4), 204-210.
- Gulbrandsen, P., Fugelli, P., Sandvik, L. Et Hjortdahl, P. (1998). Influence of social problems on management in general practice : multipractice questionnaire survey. *British medical journal*, 317 (7150), 28-32.
- Harding, R., Sherr, L., Singh, S., Sherr, A. et Moorhead, R. (2002). Evaluation of welfare rights advice in primary care : the general practice perspective. *Health and Social Care in the Community*, 10(6), 417-422.
- Hussey, S., Hoddinott, P., Wilson, P., Dowell, J. et Barbour, R. (2004). Sickness certification system in the United Kingdom : qualitative study of views of general practitioners in Scotland. *British medical journal*, 328(7431), 88-92.
- Hiscock, J., Hodgson, P., Peters, S., Westlake, D. et M. Gannay. (2005). *Engaging physicians, benefiting patients : a qualitative study*, Department for Work and Pensions, Research Report, No. 256, Corporate document Service.
- Lien, L. (1992). Physicians' initiative, cooperation and attitude when working with disability pension cases. *Tidsskr Nor Laegeforen*, 112(2), 210-212. (Résumé en anglais).
- Nessa, J. (1996). Guardians of the welfare state ? *Tidsskr Nor Laegeforen*, 116(20), 2452-2454.
- Nuchtern, E. (1993). The physician as expert witness. Aspects of an ambivalent role exemplified by expert testimony for legal health insurance. *Kinderarztl Prax*, 61(4-5), 174-180.
- O'Fallon, E. et Hillson, S. (2005). Brief report : Physician discomfort and variability with disability assessments. *Journal of general internal medicine*, 20(9), 852-854.
- Régie des rentes du Québec (2008). Demande de prestations d'invalidité. Document téléaccessible à l'adresse < www.rrq.gouv.qc.ca/fr>. Consulté le 28 février 2008.
- Reiso, H., Nygård, J.F., Brage, S., Gulbrandsen, P. et Tellnes, G. (2000). Work ability assessed by patients and their GPs in new episodes of sickness certification. *Family practice*, 17(2), 139-144.
- Romaniuk, A. (1995). Changes in Canada Pension Plan disability rules hold implications for physicians. *Canadian medical association journal*, 153 (12), 1777-1778.
- Sawney, P. (2002). Current issues in fitness for work certification (discussion papers). *British journal of general practice*, 52(476), 217-222.
- Stronks, K., van de Mheen, H.D., Looman, C.W.N. et Mackenbach, J.P. (1996). Behavioral and structural factors in the explanation of socio-economic inequalities health : an empirical analysis. *Sociology of Health & Illness*, 18(5), 653-674.
- Sutton, T.D. (1996). The physician's role in determining disability. *Journal of general internal medicine*, 11, 565-566.
- Sweeney, E.P. et Fremstad, S. (2005). Supplemental Security Income : Supporting people with disabilities and the elderly poor. *Center on budget and policy priorities*. Document téléaccessible à l'adresse <www.cbpp.org>. Consulté le 24 février 2008.
- Tellnes, G. (1989). Sickness certification in general practice : a review. *Family practice*, 6(1), 58-65.
- Toon, P.D. (1992). Ethical aspects of medical certification by general practitioners (discussion paper). *British journal of general practice*, 42, 486-488.
- Van De Vathorst, S. et Alvarez-Dardet, C. (2000). Doctors as judges : the verdict on responsibility for health (debate). *Journal of epidemiology and community health*, 54, 162-164.
- Zinn, W. et Furutani, N. (1996). Physician perspectives on the ethical aspects of disability determination. *Journal of general internal medicine*, 11, 525-532.

Prescrire la proscription

Le rapport entre les médecins, le travail et les populations marginalisées

Au Québec, en 1998, la Commission sur l'exercice de la médecine des années 2000 dégageait certains constats quant à la pratique médicale auprès des clientèles dites « vulnérables ». D'abord, il semble y avoir une méconnaissance et des préjugés à l'égard des clientèles vulnérables, de leurs problèmes de santé et des interventions médicales efficaces qui s'y rattachent, entre autres du fait que les interventions des médecins se réalisent généralement loin des sources d'information privilégiées que constituent les milieux de vie de ces personnes. Ensuite, les médecins se font discrets dans la dénonciation des maladies et des stress engendrés par l'appauvrissement, les conditions de vie précaires et l'effritement du tissu social. Ces deux constats s'inscrivent dans un contexte où les médecins subissent un élargissement de leurs tâches. La « prise en charge » du patient implique désormais non seulement des services diagnostiques et thérapeutiques, mais également plusieurs démarches à caractère médico-administratif face auxquelles les médecins se sentent de plus en plus désarmés, en particulier en ce qui a trait à la détermination de l'aptitude au travail des populations marginalisées. De fait, confrontés à la dégradation de la santé et au stress que vivent plusieurs personnes à l'aide sociale, les médecins doivent se prononcer sur la capacité de ces personnes à réintégrer le marché du travail, une décision qui peut s'avérer lourde en conséquences sur celles-ci. À la lumière d'un bref regard sur l'histoire du rapport entre la médecine et les populations marginalisées en lien avec le travail, nous apporterons quelques pistes de réflexion sur les enjeux posés par les actes médico-administratifs proscrivant certains individus du marché du travail.



GabrielR, 2008 (cc) Certains droits réservés

Inégalités, travail et santé : regard historique sur le rôle des médecins

Au cours de l'histoire, les rapports inégalitaires au travail ont tatoué les corps fragiles de marques dont le corps médical s'est fait le principal observateur étant donné la spécificité du rapport entre le médecin et son patient ainsi que le monopole de la médecine dans le domaine de la santé. Cependant, parallèlement à ce rôle passif d'observatrice, la médecine a également joué un rôle actif en dénonçant ou en reproduisant ces inégalités liées au travail. Voici quelques bribes de l'histoire de la médecine qui soulèvent à la fois la richesse et l'ambiguïté du regard, des gestes et des paroles des médecins.

Dès l'Antiquité, la médecine développe un lien particulier avec l'univers du travail en s'imposant comme principale observatrice des impacts directs et indirects du travail sur la santé des gens. Alors que la médecine oscille entre les explications naturelles et surnaturelles et que le travail est dévalorisé et constitue une

DOSSIER

Aude Fournier

Étudiante à la maîtrise au
département de sociologie
de l'Université de
Montréal et agente de
recherche au CREMIS

DOSSIER

« alors que le travail est sensé fournir les moyens pour subvenir à ses propres besoins et prolonger la vie, celui-ci s'avère dans plusieurs cas un facteur de dépérissement de la santé et de raccourcissement de la vie »

barrière à la citoyenneté, Hippocrate défie les normes de l'époque en exhortant les médecins à dispenser des services aux travailleurs sans égard au statut social et à porter une attention particulière aux liens entre le travail et la santé. Selon lui, la maladie n'est pas une conséquence de phénomènes surnaturels mais se situe plutôt dans un contexte qui peut être compris et étudié (Tubiana, 1995). S'inspirant de la pensée d'Hippocrate, un médecin italien publie un ouvrage important en 1700 (*De morbis artificum diatriba*) à travers lequel il constate le paradoxe suivant : alors que le travail est sensé fournir les moyens pour subvenir à ses propres besoins et prolonger la vie, celui-ci s'avère dans plusieurs cas un facteur de dépérissement de la santé et de raccourcissement de la vie (Ramazzini, 1940 [1700]). Cependant, tant que le travail salarié n'acquiert pas une dimension centrale comme facteur de production et que la médecine ne se rationalise pas, ce type d'observations et de préoccupations à l'égard des travailleurs demeure marginal dans la pratique médicale.

Au passage de l'industrialisation, les paroles et les gestes médicaux sont de plus en plus liés à la transformation de l'univers du travail. Les préoccupations des médecins au 19^{ème} siècle sont principalement orientées vers la situation sanitaire des quartiers ouvriers. De fait, au-delà de l'influence directe exercée par le milieu de travail sur la santé des travailleurs, on s'aperçoit que le travail agit également de façon indirecte sur la santé en concentrant les ouvriers dans des secteurs circonscrits autour des manufactures (ce qui accroît entre autres les risques d'épidémie) et en affectant les conditions d'existence telles que le mode de vie, l'alimentation et les conditions de logement (Villermé, 1971[1832]). En Europe, les enquêtes médico-sociales se multiplient pour comprendre l'influence de la misère sur la santé des populations ouvrières : Virchow en Allemagne, Buret et Villermé en France, Kay-Shuttleworth et Chadwick en Angleterre. À Montréal, on assiste à la naissance des mêmes préoccupations. La population canadienne-française est la plus pauvre et forme la masse des travailleurs. Dans les quartiers Ste-Marie et St-Jacques à l'est de Montréal, le tiers de la population vit dans une

grande pauvreté, est analphabète et partage des logements encombrés (Tétreault, 1979). En 1850, les médecins s'inquiètent du fait que Montréal présente une mortalité deux fois plus élevée que celle de Londres, pourtant beaucoup plus populeuse, et des taux de mortalité infantile les plus élevés en Amérique du Nord.

Les médecins sont les premiers témoins des inégalités de santé entre les classes dirigeantes et ouvrières et leur discours acquiert durant cette période un caractère politique à travers la constitution de la santé publique. Ainsi, les préoccupations hygiénistes des médecins se mêlent aux idéologies nationalistes et capitalistes puisque l'hygiène représente à la fois la porte de sortie de la domination anglaise pour le peuple canadien-français et la garantie d'une économie prospère : « c'est le travail de l'ouvrier qui fait la fortune d'une nation » (Ledieu, 1885, p. 197). Pour Pierre-Deschênes (1995), la crise sanitaire qui s'abat sur les grandes villes industrielles à la fin du 19^{ème} siècle est avant tout l'occasion pour le corps médical canadien-français de réformer l'organisation de la profession médicale et d'accroître son pouvoir sur les populations et l'État. En effet, les rivalités entre les corps médicaux francophones et anglophones incitent les médecins francophones à s'organiser et à acquérir une notoriété dans un domaine-clé, celui de l'hygiène. Pour l'auteure, ceux qui contrôlent l'hygiène s'assurent une emprise indiscutable puisque le sort de la population repose entre leurs mains.

Au 20^{ème} siècle, à la suite des pressions ouvrières pour la diminution des heures de travail et de l'augmentation de la compétitivité entre employeurs, ces derniers se consacrent à l'augmentation de la productivité à l'intérieur des heures travaillées, ce qui soulève la question de l'efficacité et entraîne en retour une augmentation du nombre d'accidents de travail. Aux États-Unis, des études arrivent à la conclusion que les accidents dans les usines ne sont que pour un tiers imputables aux défauts de la machine. Le reste serait dû à la constitution et aux comportements de l'homme, d'où l'importance d'une sélection professionnelle par un dépistage psychophysiologique préalable à l'embauche afin de déterminer l'aptitude à

l'emploi et mieux assigner les tâches aux employés (Friedmann, 1946). La question de l'aptitude au travail se pose également en France dans un contexte où les entreprises font face à une pénurie de main-d'œuvre en raison de la guerre et se voient forcées d'engager des populations dites « faibles », notamment dans les usines d'armement. L'embauche de chômeurs et de femmes amène donc à approfondir la notion d'aptitude médicale et à affiner les fiches de suivi physiologique. En 1940, des centaines de milliers de chômeurs sont soumis à un examen médical de masse destiné à les classer selon six catégories : forts, moyens, faibles, inaptes temporaires, déficients difficilement récupérables et inaptes définitifs. Ces classifications faites par des médecins serviront dans certains cas à l'établissement de politiques sociales, par exemple la loi sur la retraite en France qui se fonde sur un lien entre l'inaptitude et la vieillesse (Buzzi et al., 2002).

Jusqu'à la seconde moitié du 20^{ème} siècle, les médecins qui déterminent l'aptitude au travail relèvent des entreprises et leur fonction est directement rattachée à la productivité de celles-ci. Par la suite, ce rôle s'institutionnalise et ce sont les médecins traitants qui, vu leur rôle dans l'attribution de l'aide sociale et dans le processus d'indemnisation des lésions professionnelles, vont déterminer les contraintes temporaires ou permanentes à l'emploi, un acte lourd en conséquences pour le patient. Pour Tubiana, il est inacceptable que le « médecin demeure isolé face à la complexité inexorablement grandissante de l'acte médical » (1998, p. 346).

Lourdeurs administratives lourdes en conséquences : le malaise des médecins

Une étude en France portant sur les connaissances, les attitudes et les pratiques des médecins généralistes à l'égard des populations défavorisées a relevé que 70% des médecins affirment manquer d'informations ou de connaissances sur les structures, les dispositifs et les droits de ces personnes. De plus, 74% signalent les lourdeurs administratives dans la prise en charge de patients bénéficiant du revenu minimum d'insertion (RMI) (Viau et al.,

2001). Aujourd'hui, de par ses nombreuses responsabilités dans la prise en charge d'un patient, le médecin généraliste est celui qui permet l'accès des patients à leurs droits : droit à des primes de l'aide sociale, droit au retour à l'emploi suite à une lésion professionnelle, droit à un revenu de remplacement en cas de lésion, etc. L'élargissement de leur rôle est également confronté aux politiques de maîtrise des dépenses en santé qui obligent une plus grande efficacité de la part des médecins. Le médecin de famille doit donc se faire à la fois un humaniste et un scientifique efficace et rationnel qui prend en charge de façon globale et continue ses clients (Collège des médecins du Québec, 1998).

Dans la législature québécoise, la science médicale apparaît comme une science exacte qui a une réponse à tout. Par exemple, la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles* (L.A.T.M.P.) parle des lésions, de la consolidation et des limitations fonctionnelles comme des entités mesurables par différents indices alors que ces concepts reposent en fait plutôt sur la spéculation et la volonté du patient à réintégrer son milieu de travail. Dans le cas des lésions professionnelles, le patient refuse parfois d'admettre qu'il souffre encore de douleur dans le but de réintégrer plus rapidement son emploi et le médecin, accordant confiance au patient, devance la date de consolidation de la lésion. Contrairement, en étant responsables du suivi médical des travailleurs lésés, on peut se demander à quel point les médecins servent parfois de vecteurs d'exclusion. De fait, malgré la Loi 42 (L.A.T.M.P.), un des risques engendré par l'inaptitude au travail est l'exclusion définitive du monde du travail, surtout dans un contexte de précarité (Martin et Baril, 1995). À cet égard, Pascual et Domergue rappellent l'importance pour le médecin de situer toute décision professionnelle quant à l'aptitude/inaptitude d'un travailleur dans l'espace social (1995).

Au niveau de l'aide sociale, la question de l'aptitude des bénéficiaires soulève également plusieurs malaises chez les médecins. La *Loi sur le soutien du revenu et favorisant l'emploi et la solidarité sociale* (L.R.Q., chapitre S-

QUE FAIRE DEVANT L'ISOLEMENT DU MÉDECIN VIS-À- VIS DE LA COMPLEXIFICATION DE L'ACTE MÉDICAL ?

32.001) prévoit une « aide de dernier recours » aux adultes qui ne présentent pas de contraintes à l'emploi ou des contraintes temporaires à l'emploi et dont les ressources sont insuffisantes pour subvenir aux besoins essentiels (nourriture, logement) et à ceux de leur famille (programme d'aide sociale) et aux adultes qui présentent des contraintes sévères à l'emploi (programme de la solidarité sociale). Ces programmes visent à « améliorer l'employabilité », à « favoriser l'intégration en emploi » ou le « maintien au travail des personnes qui en ont la capacité ». Ainsi, les prestations sont adaptées en fonction de la capacité à participer au marché du travail. La Loi prévoit qu'une personne qui présente certaines contraintes à l'emploi (inapte à l'emploi) est admissible à une augmentation de la prestation de base de l'assistance-emploi. Ces contraintes peuvent être temporaires ou sévères. Dans les deux cas, la personne doit démontrer, par la production d'un rapport médical, que son état physique ou mental l'empêche, de manière temporaire ou permanente, de réaliser une activité rémunérée (voir Art. 24). Le médecin traitant réalisant cette évaluation est choisi par la personne. Cependant, elle doit, lorsque le ministre l'estime approprié, se soumettre à un nouvel examen médical par le médecin qu'il désigne pour vérifier si elle présente véritablement des contraintes temporaires ou sévères à l'emploi (voir Art. 35). Pour un adulte, l'allocation prévue pour une contrainte temporaire est de 117\$, un montant qui s'ajoute au 551\$ prévus par la Loi (pour un total de 692\$ incluant la taxe provinciale), alors que pour une contrainte sévère, la prestation totale s'élève à 862\$. Ces différences sont considérables et significatives pour les personnes à l'aide sociale et les médecins ont un rôle crucial à jouer quant à l'attribution de ces prestations supplémentaires qui peuvent avoir un impact majeur sur la qualité de vie de celles-ci.

Les médecins observateurs et acteurs des trajectoires de vie : enjeux et pistes de réflexion

Comme l'évoquent Fassin et al. (2000), les inégalités produites par la société s'inscrivent dans les corps humains. En lien avec les enjeux actuels posés par le jugement des médecins

quant aux contraintes à l'emploi, ce constat soulève plusieurs questions. D'abord, jusqu'à quel point la santé des personnes bénéficiant des prestations d'aide sociale est-elle affectée par les conditions dans lesquelles elles doivent vivre et l'étiquette stigmatisante qu'elles portent ? On peut également penser que les événements qui ont mené ces personnes à vivre de manière temporaire ou durable à l'aide sociale ont été marqués par des rapports sociaux inégalitaires qui ont eu des impacts négatifs sur leur santé.

Le regard historique a aussi permis de constater que face à la santé différentielle de leurs patients, les médecins ont produit différents types de discours, intégrant parfois les idéologies dominantes des époques dans lesquelles ils se situaient. En 1994, soixante médecins français ont pris la parole pour témoigner des effets de la précarisation du travail sur la santé de leurs patients et du fait que préserver la santé des travailleurs les conduit trop souvent au chômage (Huez, 1994). À cet égard, il est nécessaire de souligner la richesse du discours et des observations médicales pour la compréhension des inégalités sociales. L'acte et la parole médicaux comportent en ce sens un caractère politique non négligeable.

Durant les périodes de guerre, l'aptitude au travail s'est révélée comme étant du ressort strictement médical. Alors que la science médicale apparaît souvent comme une science exacte, le jugement de l'aptitude au travail peut comporter dans certains cas des ambiguïtés nécessitant de croiser les regards médical, social et psychologique. En effet, tel que l'a démontré une recherche réalisée auprès d'une équipe intervenant auprès des populations marginalisées, certaines personnes se situent dans une « zone grise » de l'intervention, leur profil ne correspondant pas aux cases définies par le cadre normatif des programmes (McAll et al., 2007). Dépendamment des trajectoires de vie des personnes qui utilisent les services de cette équipe, être jugé inapte au travail représentait soit une aspiration pouvant contribuer au bien-être, soit un élément risquant de contribuer au mal-être. Les trajectoires de vie de ces personnes s'avéraient alors d'une grande utilité

afin de comprendre leur perception de l'inaptitude en lien avec leur bien-être.

En conclusion, les différentes sources que nous avons pu consulter confirment le malaise des médecins généralistes quant aux démarches sociales auxquelles ils doivent participer, principalement avec des patients requérant des attestations de contraintes temporaires ou sévères à l'emploi. Ces tâches médico-administratives occupent une part grandissante dans le rôle des médecins et selon la Commission citée au début de ce texte, plusieurs d'entre eux ont évoqué le manque d'informations quant aux droits sociaux et aux processus qui mènent à la pauvreté. L'acte de juger « inapte » dépasse la sphère médicale et inscrit les médecins dans un rapport social qui peut se traduire positivement ou négativement sur les trajectoires de vie de leurs patients. Afin que la rencontre des médecins ne représente pas un élément de descente dans la trajectoire de vie des personnes, il est nécessaire que ceux-ci soient au fait de la portée des actes médicaux qu'ils signent.

Buzzi, S., J.-C., Devinc et P.-A. Rosental (2002). « L'examen médical en milieu de travail 1914-1979 », *Archives des maladies professionnelles et de médecine du travail*, 63(5) : 355-363.

Collège des Médecins du Québec (1998). *Nouveaux défis professionnels pour le médecin des années 2000. Rapport et recommandations de la Commission sur l'exercice de la médecine des années 2000 suivis des engagements des médecins du Québec*, Collège des Médecins du Québec, Montréal.

Fassin, D., H. Grandjean, M. Kaminski, T. Lang et A. Leclerc. (2000) « Connaître et comprendre les inégalités sociales de santé », dans Fassin, D., H. Grandjean, M. Kaminski, T. Lang et A. Leclerc, *Les inégalités sociales de santé*, Éditions La Découverte/INSERM, coll. Recherches, Paris : 13-24.

Friedmann, G. (1946). *Problèmes humains du machinisme industriel*, Gallimard, Paris.

Gouvernement du Québec (2007). *Loi sur le soutien du revenu et favorisant l'emploi et la solidarité sociale*, Assemblée nationale du Québec, Québec.

Huez, D. (dir.) (1994). *Souffrances et précarités au travail. Paroles de médecins du travail*, Éditions Syros, Paris.

Ledieu, J. (1885). « Hygiène de l'ouvrier », *Journal de l'hygiène populaire*, 1(17) : 197-199.

Martin J.-C. et R. Baril (1995). « L'exclusion comme effet de trajectoire administrative et de cheminement individuel », *Lien social et politiques- RIAC*, 34 : 131-140.

McAll, C., A. Fournier et B. Godrie (2007). La nécessité d'être frontaliers : Lorsque les populations marginalisées sont au centre de l'intervention. Un projet de recherche-action participative et évaluative réalisée par le CREMIS et l'Équipe Itinérante du CSSS de Laval, CREMIS : Montréal.

Pascual, M. et J.-M. Domergue (1995). « Précarité, précarisation. Questions à nos pratiques de médecins du travail », *Médecine et travail*, 163 (1) : 29-30.

Pierre-Deschênes, C. (1995). « Santé publique et organisation de la profession médicale au Québec, 1870-1918 », dans Keating, P. et O. Keel. (1995). *Santé et société au Québec XIXe-XXe siècle*, Borel, Montréal : 115-132.

Ramazzini, B. (1940 [1700]). *De Morbis artificum diatriba*. University of Chicago Press, Chicago.

Tétreault, M. (1979). *L'état de santé des Montréalais, de 1880 à 1914*, Mémoire présenté à la Faculté des Études supérieures en vue de l'obtention du grade de Maître Es-Art (Histoire), Université de Montréal, Montréal.

Tubiana, M. (2003). *Histoire de la pensée médicale. Les chemins de l'Esculape*, Flammarion, Paris.

Viau, A., Morin, M., Souzy, A.M., Obadia (2001). « Opinion et attitudes des médecins généralistes face aux populations défavorisées. Enquête auprès des médecins généralistes des Bouches-du-Rhône », dans Joubert, M., Chauvin, P., Facy, F., Ringa, V.(2001). *Précarisation, risque et santé*, INSERM, Paris : 131-147.

Villermé, Dr. L.R. (1971 [1832]). *Tableau de l'état physique et moral des ouvriers employés dans les manufactures de coton, de laine et de soie*, [textes choisis et présentés par Yves Tyl], Union générale d'éditions, Paris.



Reconnaissance, justice et peuples autochtones: Un projet de santé communautaire menacé par l'Église catholique au Guatemala

Une histoire qui doit être racontée

C'est l'histoire d'un groupe d'autochtones du Guatemala qui a décidé de prendre sa santé en main en revalorisant les pratiques culturelles et les savoirs traditionnels et en misant sur les ressources locales et sur les soignants traditionnels que sont les prêtres et les sages mayas, les guérisseurs et les sages-femmes. C'est aussi de l'histoire d'un projet dont l'existence se joue présentement à travers une lutte qu'a dû d'entreprendre ce groupe face à l'église catholique. Cette histoire se rend aujourd'hui jusqu'à vous grâce au Dr. David Barbeau, médecin et chercheur-praticien au CREMIS, impliqué auprès de cette association depuis ses débuts. Pour le Dr. Barbeau, il est important que l'histoire de *Médicos Descalzos* soit connue et entendue, pour la valeur du projet en soi et parce qu'il est encore possible d'influencer la suite de l'histoire, mais également parce que cette histoire reflète bien les défis auxquels sont confrontés les autochtones de manière plus globale en Amérique et ailleurs dans le monde.

Une prise en main collective

Chinique, 1987. Ce petit village est situé dans les hauts plateaux du Quiché, une province du Guatemala peuplée à environ 80% d'autochtones (les Maya-Kichés). Le pays émerge à peine d'une guerre civile sanglante et meurtrière qui perdure depuis le début des années 60 et qui a culminé au début des années 80 avec ce que l'on a tristement appelé la « politique de la terre brûlée ». Une époque noire de récoltes brûlées, de massacres de communautés entières et d'assassinats ciblés de leaders autochtones soupçonnés à tort d'appuyer et de supporter la guérilla. C'est dans ce contexte encore fragilisé et tendu qu'un petit groupe de leaders indigènes

de Chinique demande à Benoît Charlemagne, un prêtre français établi dans la région, son soutien pour trouver un lieu dans lequel il pourrait développer un projet visant la promotion de la médecine traditionnelle maya afin de pallier aux difficultés d'accès à des soins de santé de base. Grâce à l'appui d'amis français et de fonds locaux, une maison est achetée au coût de 12 000 dollars. Mais à l'époque, les groupes autochtones qui cherchaient à s'organiser étaient encore suspectés par l'armée et le gouvernement d'être des groupes révolutionnaires. Pour cette raison, Benoît Charlemagne et le comité local de développement demandent à l'évêque du Quiché de mettre la maison au nom du diocèse du Quiché, croyant ainsi se protéger. Bien que ce choix fût probablement le meilleur à faire à ce moment, l'histoire nous apprendra qu'ils avaient peut-être tort. Peu de temps après, une docteure française, Anne Bourgey, envoyée par l'association française « Médecins aux pieds nus » arrive dans le village pour débiter le travail avec un groupe local composé de quatre indigènes. Elle restera sur place durant 7 ans afin d'assurer la pérennité de l'association locale et *Médicos Descalzos* qui globalement vise à étudier et revaloriser la médecine traditionnelle maya afin d'en promouvoir l'utilisation judicieuse pour favoriser l'accès à des soins de santé primaire aux populations rurales du Guatemala. L'association cherche également à tisser des liens de collaboration avec les institutions du réseau de santé publique du pays.

Un espace d'échange, de promotion et d'actualisation des savoirs ancestraux

Après plus de 15 ans d'évolution, le travail de *Médicos Descalzos* se consolide autour de quatre pôles, soit la prévention et le traitement des maladies courantes, la santé maternelle et

HORIZONS

David Barbeau

Médecin au CSSS Jeanne-Mance
Praticien chercheur au
CREMIS

Aude Fournier

Étudiante à la maîtrise au
département de sociologie
de l'Université de
Montréal et agente de
recherche au CREMIS

infantile, la santé psychosociale et psychoculturelle et la production de remèdes dérivés des plantes médicinales. L'action de *Médicos Descalzos* repose en grande partie sur le renforcement des pratiques traditionnelles de soins et la valorisation du travail et du rôle des « tradipraticiens » issus du milieu local, principalement les sages-femmes et les prêtres mayas. Ainsi, à travers ce projet sont revalorisées et mobilisées les ressources traditionnelles auxquelles font appel les communautés depuis des millénaires mais dont l'utilisation décline en partie parce qu'elles sont décriées par « l'establishment » religieux et médical qui voit dans ces pratiques au mieux du charlatanisme et au pire de la sorcellerie. À cet égard, l'organisation offre un espace d'échange et de promotion des savoirs ancestraux, documente ces pratiques de soins, valide ces savoirs à l'aide des connaissances scientifiques sur le sujet, produit du matériel didactique en vue d'une réappropriation de ces savoirs et pratiques par les communautés locales indigènes. Elle offre aussi des formations aux tradipraticiens associés à *Médicos Descalzos* ainsi qu'aux « soignants naturels » (mères de famille, promoteurs de la santé) et au personnel des cliniques institutionnelles de santé. En misant sur les ressources disponibles localement et adaptées culturellement aux autochtones, *Médicos Descalzos* offre une alternative en matière d'accès à des soins de santé et libère ces populations de leur dépendance face au système institutionnel qui, dans bien des cas, ne leur convient pas ou ne peut pas répondre à leurs besoins.

Une existence en péril : enjeux de pouvoir, de reconnaissance et de justice

Ce projet est riche au niveau social, culturel et médical, mais son existence est actuellement en jeu depuis l'automne 2007, puisque le nouvel évêque qui a été nommé dans la province du Quiché, Monseigneur Mario Molina, a l'in-

tention de récupérer la maison dans laquelle s'enracinent les actions de *Médicos Descalzos* depuis 20 ans ; cette maison, dont l'achat a été financé par des fonds français, a été entièrement rénovée et agrandie au cours des ans grâce à des financements internationaux obtenus par *Médicos Descalzos*. De fait, un groupe de catholiques et le prêtre de Chinique revendiquent cette maison auprès de Monseigneur Molina en dénonçant le fait que *Médicos Descalzos* ne soit pas une association catholique, puisqu'elle travaille étroitement avec des prêtres mayas et valorise les pratiques culturelles indigènes. Sur papier cette maison appartient bel et bien au diocèse du Quiché. Cependant, lorsqu'elle a été mise au nom du diocèse du Quiché, un document stipulant que le comité de la maison pouvait avoir l'usufruit de ce bâti-



Photo: David Barbeau

ment tant qu'il y serait développés des projets contribuant au mieux-être de la collectivité a aussi été signé. Malheureusement, il semble que la légalité de ce document soit douteuse. Une campagne de protestation s'est orchestrée cet automne et l'évêque du Quiché a reçu de nombreuses lettres visant à le sensibiliser à la cause de *Médicos Descalzos* mais cela ne l'a pas ébranlé. *Médicos Descalzos* a même proposé une cohabitation au groupe de catholiques de Chinique mais cette proposition a été rejetée. En décembre dernier, *Médicos Descalzos* recevait un avis sommant les responsables de l'association de remettre les clés de la maison et ce, dès janvier 2008. Devant cette injus-

HORIZONS

« Ainsi, à travers ce projet sont revalorisées et mobilisées les ressources traditionnelles auxquelles font appel les communautés depuis des millénaires »

HORIZONS

« C'est une lutte à finir
mais les forces en
présence sont inégales :
un petit groupe
composé
principalement
d'autochtones
tradipraticiens
s'opposant à la volonté
de l'église catholique :
c'est un peu David
contre Goliath. »

tice flagrante et les retombées positives de ce projet sur la santé globale des communautés autochtones du Quiché, les membres ont choisi de refuser de remettre les clés au diocèse et ont organisé une résistance pacifique. Ils ont fait appel à un avocat et ont obtenu des appuis de nombreuses associations et personnalités locales et internationales. C'est une lutte à poursuivre. Toutefois, les forces en présence sont inégales : un petit groupe composé principalement d'autochtones tradipraticiens s'opposant à la volonté de l'église catholique : c'est un peu David contre Goliath.

D'après Dr. Barbeau, ce conflit part d'une incompréhension du projet au niveau local par une partie de la communauté ladina (métis) du village face à ce groupe d'autochtones. Cette histoire semble également liée à des enjeux de pouvoir pour l'Église catholique qui

« perd du terrain » face au foisonnement des religions protestantes et évangélistes en Amérique latine et au réveil des peuples autochtones qui revendiquent, entre autres, le droit d'exercer leur religion et d'avoir recours à leur système traditionnel de soins. Ce revirement de la part de l'Église face aux groupes marginalisés et défavorisés soulève des questionnements, au Guatemala, mais également ailleurs en Amérique. Comment expliquer que le soutien apporté depuis des décennies aux organisations indigènes se volatilise subitement et se transforme en mépris et en injustice ? Les porte-parole de la théologie de la libération qui se faisaient défenseurs des droits des peuples marginalisés semblent de plus en plus être en marge d'une Église qui durcit ses positions en matière de justice sociale.



Photo: David Barbeau

Sortir du corridor d'injustices

La situation que traverse *Médicos Descalzos* est complexe, puisqu'elle s'inscrit dans un contexte social fragile. Mais au cœur de ce conflit se trouvent des services de santé accessibles physiquement, socialement et culturellement à une population indigène qui, autrement, n'aurait que peu ou pas de recours pour maintenir et améliorer sa santé. À la lumière de l'histoire qui vient de vous être contée, il apparaît que lutter pour la santé des populations indigènes, c'est lutter pour des services accessibles, mais également travailler à la recons-

truction d'un tissu social effrité et à la sortie du corridor d'injustices dans lequel sont enfermées ces communautés. C'est sortir d'un discours dominant qui explique les problèmes de santé par la vulnérabilité biologique, les mauvais com-

portements et l'incapacité à s'adapter à un environnement moderne. C'est aussi reconnaître l'histoire culturelle et sociale des populations indigènes, le racisme dont elles sont l'objet ainsi que les valeurs et les aspirations locales.

Si vous désirez soutenir la lutte menée par *Médicos Descalzos* pour conserver le droit d'utiliser la maison dans laquelle s'enracine leur projet depuis 20 ans, vous pouvez faire parvenir votre don à cette organisation en l'envoyant à leur partenaire québécois, Solidarité Nord-Sud des Bois-Francis, à l'adresse suivante : Mme Sylvie Gendron, Directrice générale, Solidarité Nord-Sud des Bois-Francis, 59, rue Monfette, local 106, Victoriaville, G6P 1J8. Veuillez indiquer si vous désirez recevoir un reçu pour fin d'impôts.

The background of the poster is a textured, painterly surface in shades of blue, green, and yellow. A wooden frame, possibly a window or a piece of furniture, is visible in the lower half. Several colorful clothespins (red, blue, yellow) are pinned to a string across the middle of the image.

Les médias du CREMIS

**Survie et
reconnaissance**

**Le cas de Sierra
Santa Catarina,
Mexico**

**Conférence par
Ilionor Louis**

**Mercredi 14 mai 2008,
12 h à 13 h 30,
CLSC des Faubourgs
1250 rue Sanguinet,
salle 451,
www.cremis.ca**

MUSIQUE AU TRAVAIL/MUSIC AT WORK

4 AVRIL 2008

SONS/RYTHMES/OBJETS



R O B E R T B A S G A T I E N
E O M I C N I C O R A T G M A N N D

À VENIR

Musique au travail est une expérimentation musicale et sonore alliant objets de travail, matériels électroniques, trames sonores et instruments de musique, musiciens et non-musiciens, en tout, autour de 25 personnes. Ce projet s'inscrit dans la poursuite d'expérimentations alliant arts et sciences sociales autour des thèmes des inégalités, de la discrimination et du racisme.

Vendredi 4 avril vers 21 h

Lieu : Société des arts technologiques, 1195, rue St-Laurent, Montréal. Métro St-Laurent

SOLIDARYTHME

8ème édition

Cabaret de Réflexion et d'Actions Artistico-Ludiques

Samedi 5 avril 2008

19h - 105 présente

avec
Bambara Trans, Kalmunity
Caracol, collectif CréArt
Lauréats Hip-Hop du concours H.L.M.
Oeuvres d'Armand Vaillancourt
Cirque, danse, peinture en direct
expo-photo, projections
Riddim Wise Sound System et plus...


www.solidarythme.com - www.myspace.com/solidarythme

à la SAT (Société des Arts Technologiques)

1195 boul. St Laurent

Billets aux points de vente de Ticketpro.ca (Vitrine culturelle de MTL, ClubSoda, etc....)