

La souffrance psychique et les lieux du social

Les fous n'existent qu'en société
Passer par là
La matrice des alliances
Au-delà du corps et de la psyché

Hiver 2010

Vol. 3 No. 1

Centre de santé et de services sociaux
Jeanne-Mance

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

Équipe de production pour ce numéro :

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

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

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

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

Photo de la page couverture par Some bo, 2008. *Certains droits réservés* ©

Centre de santé et de services sociaux
Jeanne-Mance

Centre affilié universitaire

Université
de Montréal

UQÀM



Inégalités sociales
Discriminations
Pratiques alternatives de citoyenneté

La souffrance psychique et les lieux du social

« C'est comme vivre dans une maison bâtie sur des piliers. Si quelqu'un retire un pilier, tu te réveilles et tu vois qu'il y a un problème dans ta maison. S'il en retire un autre, tu commences à tomber. C'est comme si quelqu'un arrivait chez toi et prenait trois briques à ton mur. Tu les remets et le lendemain, il en manque une vingtaine. Pendant ce temps, un autre enlève les tuiles de ton toit... »

SOMMAIRE

REGARDS

Refaire sa vie	4
La mauvaise conseillère	7

DOSSIER

<i>La souffrance psychique et les lieux du social</i>	15
---	----

Les fous n'existent qu'en société	16
Passer par là	21
La matrice des alliances	26
Au-delà du corps et de la psyché	29

PRATIQUES

Les communautés de pratiques en santé mentale	33
Façonner le cadre	38

HORIZONS

Le reflet du miroir	43
---------------------	----

(suite à la page 15)



REGARDS

Winnie Frohn

Professeure
Département d'études
urbaines et touristiques
UQAM

Lepiaf.geo, 2008. Certains droits réservés ©



Refaire sa vie

À Montréal, le nombre de maisons de chambres diminue constamment. Entre 1977 et 1987, 40% du parc des maisons de chambres a disparu et, en 2007, la Ville de Montréal dénombrait seulement 2 915 chambres privées

réparties dans 180 maisons, auxquelles s'ajoutaient 2 000 chambres gérées par des organismes sans but lucratif (OSBL), c'est-à-dire des maisons de chambres socialisées.¹ Plusieurs consultations publiques ont abordé la question de cette diminution. En 1987, *Année internationale du logement des sans-abri*, une consultation de la Ville de Montréal a porté sur des pistes de solutions pour répondre aux besoins de personnes en situation ou à risque d'itinérance. En 2007, la Ville tenait encore une fois une consultation sur l'itinérance.² Le 4 novembre 2009, la

Commission de la santé et des services sociaux du gouvernement du Québec rendait public son rapport sur l'itinérance au Québec.

Les élections municipales de novembre 2009 offraient à nouveau une occasion importante de sensibiliser la population, les candidats et, par la suite, les élus, à la disparition des maisons de chambres ; danger accentué par les nombreux projets prévus pour le centre-ville et d'autant plus réel que certaines chambres ont déjà disparu au profit du Quartier des spectacles. C'est pourquoi le Réseau d'aide aux personnes seules et itinérantes de Montréal (RAPSIM) a organisé une nouvelle consultation,

la Commission populaire sur la sauvegarde des maisons de chambres à Montréal, qui déposait en janvier 2010 son rapport intitulé « Maisons de chambres en péril : la nécessité d'agir ».3

Comme membre de cette commission, je me demandais au début du processus si les maisons de chambres avaient encore une utilité. Ce type de logement n'était-il pas dépassé ? La réponse de la Commission est claire : les maisons de chambres répondent à de réels besoins qui ne peuvent pas être comblés par d'autres formes d'habitation. Leur sauvegarde est urgente.4

Avant et après la rue

Les maisons de chambres répondent aux besoins d'une population diversifiée, allant de la personne qui vient de divorcer, au travailleur qui arrive de la campagne, auxquels s'ajoutent les personnes sortant d'institutions, toxicomanes ou ex-toxicomanes, les personnes avec des maladies mentales ou encore, des gens qui ne peuvent tout simplement plus se payer un appartement. La majorité des chambreurs sont des hommes. Les conditions de promiscuité, comme le partage des unités sanitaires, peuvent expliquer l'absence de femmes, mais peut-être y a-t-il tout simplement moins de chambres disponibles pour elles. La maison de chambres est souvent perçue comme la dernière étape avant de perdre son domicile et le premier logement après la rue.

Du côté des propriétaires, on observe aussi toute une variété, allant de la veuve qui survit grâce aux loyers, au propriétaire véreux qui loue ses chambres à un prix élevé et terrorise ses chambreurs, en passant par les OSBL qui engagent des concierges et des animateurs pour soutenir les locataires.

Droits des chambreurs

Certains aspects de la vie quotidienne ont attiré l'attention de la Commission. Par exemple, les chambreurs n'ont pas leur propre boîte à lettres, ce qui implique que le responsable de la maison peut s'approprier les chèques et se mêler de la vie privée des locataires. Certaines

chambres ne peuvent par ailleurs être fermées à clé. D'autre part, le manque d'insonorisation et les petites dimensions des chambres ont été soulevés. Le partage de la salle de bain et de la cuisine cause souvent des ennuis, quoiqu'il ait été mentionné que le partage d'espaces communs puisse faire partie de l'apprentissage du chambreur.

En raison de l'absence de portrait complet et à jour des maisons de chambres existantes sur le territoire, il est difficile de faire un suivi en ce qui concerne la salubrité et la sécurité des logements, même si une réglementation existe à ce sujet. De plus, face au manque de maisons de chambres, les chambreurs hésitent à faire des plaintes devant la Régie du logement ou à la Ville de Montréal par crainte qu'elles ne soient fermées. Par ailleurs, la plupart des chambreurs ne sont pas au courant de leurs droits en tant que locataires et sont victimes de discrimination à cause, entre autres, de la mauvaise réputation des chambreurs auprès de la population en général.

Compétition pour l'espace

Le problème de la disparition des maisons de chambres est particulièrement aigu dans le centre-ville de Montréal. La pression des promoteurs qui entrent en compétition pour l'espace a pour effet d'augmenter la valeur des terrains et les taxes, de sorte que les projets autres que les maisons de chambres sont plus profitables. Même quand les maisons de chambres restent dans le domaine de l'habitation, elles sont souvent transformées en gîtes touristiques ou, une fois rénovées, en condos. Le manque d'information sur les terrains et les immeubles à vendre, ainsi que la lenteur des procédures pour l'acceptation de projets, se posent comme des obstacles importants pour

REGARDS

*« les maisons de
chambres répondent
à de réels besoins qui
ne peuvent pas être
comblés par d'autres
formes
d'habitation. »*

REGARDS

la construction de nouvelles maisons de chambres. Leur disparition au centre-ville est d'autant plus grave que la plupart des services pour les personnes en difficulté s'y concentrent.

Une des préoccupations de la Commission était l'existence d'une relève de propriétaires potentiels pour construire de nouvelles maisons de chambres. Des OSBL sont prêts à développer des projets avec des services correspondant aux besoins des locataires si les fonds sont disponibles pour la rénovation ou la construction. Ces derniers présentent clairement des avantages par rapport aux maisons de chambres privées à but lucratif. Ainsi, dans les OSBL, le loyer s'établit généralement à 25% du revenu du locataire avec les services payés à part, tandis que le coût du loyer des chambres sur le marché privé varie, mais peut atteindre 500 \$ par mois. Rappelons que les prestations de la sécurité du revenu pour une personne seule s'élèvent à 564 \$ si elle est considérée apte à l'emploi et, qu'au Québec, un travailleur à temps plein rémunéré au salaire minimum obtient un revenu annuel qui est en deçà du seuil de faible revenu fixé par Statistique Canada.

Cependant, les maisons de chambres socialisées ont leur part de problèmes : les programmes gouvernementaux ne tiennent pas suffisamment compte des coûts impliqués et de la nature des maisons de chambres. Les activités et le soutien aux chambreurs ne sont pas assez financés. Malgré tout, ces maisons de chambres socialisées offrent des logements salubres à un prix que les gens peuvent payer.

Affirmer sa citoyenneté

La Commission avait pour objectif de donner la parole aux citoyens et citoyennes en situation d'itinérance ou vivant en maison de chambres et, dans un deuxième temps, aux organismes qui les représentent. La Commission voulait aussi entendre les autres résidents et résidentes des secteurs concernés. Cela a permis de dresser un portrait concret de la situation. Avant les audiences, des entretiens ont eu lieu dans onze organismes actifs dans le milieu tels Action-Réinsertion/Sac-à-dos (café du quartier),

l'Auberge du cœur Le Tournant (hébergement pour les jeunes), la Maison du Père et la Table de concertation du Faubourg St-Laurent. Cette étape permettait aux gens d'échanger dans des espaces qui leur étaient familiers et dans une atmosphère moins intimidante qu'une assemblée publique. Une centaine de citoyens et trente-six organismes ont, par la suite, participé à l'assemblée publique.⁵

Suite à cette assemblée, dix recommandations ont été faites aux autorités municipales, provinciales et fédérales, la plupart très concrètes. La Commission a notamment recommandé le développement de cent chambres par année pendant dix ans, un moratoire d'au moins deux ans sur la transformation des maisons de chambres et des subventions pour installer des boîtes à lettres individuelles.

Les audiences ont révélé une fois de plus que le logement est une base essentielle à partir de laquelle on peut refaire sa vie et affirmer sa citoyenneté. À quand une véritable politique d'habitation pour le Québec ? À quand un plan de développement du centre-ville de Montréal qui donne droit de cité à tous et toutes sans discrimination ?

Notes

1. Voir Atelier habitation Montréal (2009). *Plan d'affaires pour une intervention sur le parc de maisons de chambres de Montréal*, janvier, Montréal.
2. Voir Commission du conseil municipal sur le développement culturel et la qualité du milieu de Vie (2008). *L'itinérance : Des visages multiples, des responsabilités partagées*, Ville de Montréal.
3. Le rapport complet peut être obtenu en s'adressant au RAPSIM (514-879-1949).
4. Ce texte n'a pas été soumis aux autres commissaires et les opinions exprimées n'engagent que l'auteur.
5. L'assemblée a commencé avec deux présentations : l'une par un entrepreneur en construction qui est aussi membre du conseil d'administration d'une maison de chambres socialisée, et l'autre, par une infirmière de l'équipe itinérance du CSSS Jeanne-Mance. De plus, la conférence de presse sur le rapport de la Commission était précédée par un atelier où les principaux résultats étaient transmis aux personnes qui avaient assisté aux consultations.

La mauvaise conseillère

La mort du jeune Fredy Villanueva lors d'une intervention policière occupe le devant des scènes politique et médiatique à Montréal depuis l'été 2008. Villanueva aurait contrevenu à un règlement municipal en jouant aux dés avec des amis dans un stationnement à l'arrière d'un centre commercial de Montréal-Nord. La suite des événements fait l'objet d'une enquête toujours en cours du coroner, mais il semble qu'un des deux policiers impliqués se soit senti menacé en tentant de procéder à l'arrestation du frère de la victime et ait tiré à bout portant sur cette dernière, peu de temps après le début de l'intervention.



Sam Cockman, 2010. Certains droits réservés

REGARDS

Léonel Bernard

Chercheur post-doctoral
Membre du CREMIS

Christopher McAll

Professeur
Département de
sociologie
Université de Montréal

Directeur scientifique
CAU-CSSS Jeanne-Mance
CREMIS

Au-delà des détails de cet incident, des questions sont soulevées par ce type d'intervention policière et ses conséquences. Jusqu'à quel point s'agit-il d'un type d'intervention courant – sans qu'il y ait mort d'homme – dans les opérations policières à Montréal à l'égard des jeunes de minorités ethniques ou « racisées » ? Peut-on faire des liens entre ce type d'intervention (quelles que soient les conséquences) et les interventions policières couramment pratiquées vis-à-vis de ces populations ? Comment comprendre la surreprésentation des jeunes Noirs parmi les jeunes arrêtés et poursuivis en justice sur l'île de Montréal ? Dans le texte qui suit, nous tenterons d'apporter des éléments de réponse à ces questions à la lumière de nos recherches effectuées dans les archives de la Chambre de la jeunesse à Montréal.

Arrestation et interpellation

Dans un texte publié antérieurement (Bernard et McAll, 2008),¹ nous avons fait état des premiers résultats de nos analyses portant sur les arrestations de jeunes de 12 à 18 ans sur l'île de Montréal pendant l'année 2001. Sur le total de 1 518 jeunes

arrêtés et résidant sur l'île de Montréal et dont les dossiers ont été retenus pour fins de poursuite, 340 (soit 22,4%) sont identifiés par le policier sur la *Demande d'intenter des procédures* comme des « Noirs » et 76% comme des « Blancs ». Or, en 2001, année de recensement, les Noirs constituaient 10% de ce groupe d'âge sur le territoire (13 105 personnes). Ils sont donc surreprésentés par rapport à leur poids dans la population. Il peut cependant y avoir une variation entre la perception des policiers et la perception des personnes elles-mêmes lors du recensement, étant donné que les catégories « raciales » sont construites socialement et n'ont pas de fondements scientifiques.² On ne peut calculer ainsi un taux de surreprésentation définitif, mais on peut penser que les jeunes Noirs ont globalement deux fois plus de chances d'être arrêtés et poursuivis en justice sur l'île de Montréal que les jeunes Blancs, par rapport à leur poids dans la population. Calculé autrement, 26 jeunes Noirs sur mille étaient arrêtés et poursuivis en justice en 2001 sur ce territoire, contrairement à 13 jeunes Blancs sur mille.

La situation ne semble pas avoir beaucoup changé en 2006-2007. Selon les données du Service de Police de la Ville de Montréal,³ la communauté noire (tous groupes d'âge confondus) formait 7% de la population de l'île de Montréal, mais a fait l'objet de 17,4% des arrestations, ce qui donne un taux de surreprésentation à peu près équivalent à celui de 2001 pour les jeunes. Les données de la police indiquent, par ailleurs, que le taux de surreprésentation est encore plus élevé pour l'interpellation (sans qu'il n'y ait nécessairement arrestation). Si les Noirs avaient 2,5 fois plus de chances qu'un Blanc d'être arrêtés en 2006-2007 sur l'île de Montréal, ils avaient 4,2 fois plus de chances d'être interpellés. Ces taux atteignent les niveaux les plus élevés (de 7 à 11 fois plus de chances d'être interpellés) dans des quartiers où la population noire est peu présente, que ces quartiers soient plus « aisés » (Outremont et Plateau-Mont-Royal) ou plus « défavorisés » (Hochelaga-Maisonneuve).

Comment expliquer cette surreprésentation ? Pour tenter de répondre à cette question, nous

avons construit un échantillon représentatif de 170 jeunes (91 jeunes Noirs et 79 jeunes blancs) à partir des dossiers contenus dans les archives de la Chambre de la jeunesse pour 2001.⁴ Les motifs d'arrestation des jeunes Noirs seront pris en considération dans le texte qui suit sous les chefs d'accusation suivants : *consommation et trafic de stupéfiants, vol, vol qualifié, entrave au travail d'un policier et bris de conditions*. On regardera chacun de ces motifs en comparant les deux groupes.

Consommation et trafic de stupéfiants

La possibilité que les jeunes Noirs soient davantage sujets à l'observation par les policiers et les agents de sécurité que les jeunes Blancs ressort assez nettement dans le cas de la consommation et le trafic de stupéfiants. Dans ce cas, les jeunes Noirs sont plus souvent arrêtés pour consommation ou trafic que les jeunes Blancs (2 jeunes Noirs sur mille parmi les Noirs de leur groupe d'âge ayant été arrêtés pour ce motif en 2001 sur l'île de Montréal contre 1,6 jeunes Blancs sur mille).⁵ Ce qui surprend, c'est que dans la majorité des arrestations de jeunes Noirs sous ce chef d'accusation dans notre échantillon, l'arrestation fait suite à un comportement observé par un policier ou un agent de sécurité dans l'espace public, comprenant le fait d'être soupçonné de fumer de la marijuana ou de faire du trafic. Or, dans le cas des jeunes Blancs, il n'y a qu'un cas d'arrestation pour ce chef d'accusation dans l'échantillon qui provient de l'observation directe par un policier ou un agent de sécurité dans l'espace public et, dans ce cas, l'observation a lieu dans le cadre d'une enquête ciblée clandestine. Dans les autres cas d'arrestation de jeunes Noirs et Blancs pour ce motif, il peut s'agir, par exemple, d'une arrestation faite après que la police ait été informée par une école ou par des témoins, ou lors d'une fouille après interpellation pour un autre motif.

Un jeune Noir a ainsi 7 fois plus de chances d'être observé et arrêté par la police en train de fumer de la marijuana ou de vendre de la

drogue dans l'espace public qu'un jeune Blanc (1,1 jeunes Noirs sur mille se trouvant dans cette situation, contrairement à 0,17 jeunes Blancs). Or, si on prend les arrestations pour possession ou trafic de stupéfiants après une fouille ou une enquête ciblée (sans qu'il y ait observation directe au préalable par un policier ou un agent de sécurité), ce sont les jeunes Blancs qui ont le plus de chances d'être arrêtés et poursuivis (1,44 jeunes Blancs sur mille, contrairement à 0,9 jeunes Noirs). Dans ce cas, la surreprésentation des jeunes Noirs pour ce chef d'accusation semble donc directement tributaire d'une surveillance accrue de la part des policiers et des agents de sécurité dans l'espace public, comparativement à celle que subissent les jeunes Blancs. Ce type d'arrestation pourrait ainsi expliquer 7,2% de la surreprésentation globale des jeunes Noirs parmi les jeunes arrêtés et poursuivis en 2001.⁶

Vols sans violence

Un certain nombre d'arrestations comporte des accusations de vol, sans qu'il y ait de violence. Ce type d'arrestation comprend, par exemple, des vols à l'étalage ou dans une maison privée et des vols d'argent, de cartes de crédit, de voitures, de bicyclettes, de cellulaires, de montres ou d'autres effets personnels. Ce type d'accusation concerne 20,9% des jeunes Noirs et 19% des jeunes Blancs de l'échantillon. Ce qui veut dire que 5,4 jeunes Noirs sur mille parmi les Noirs de 12 à 18 ans ont été arrêtés pour ce type de vol en 2001, contre 2,5 jeunes Blancs sur mille. Les jeunes Noirs auraient ainsi 2,2 fois plus de chances de vivre ce type d'événement.

Les jeunes Noirs sont encore une fois arrêtés plus souvent après avoir été observés, en train de voler, par un agent de sécurité ou un policier, que les jeunes Blancs : 13,2% pour les premiers et 5,1% pour les deuxièmes. Autrement dit, 3,4 jeunes Noirs sur mille parmi les Noirs de leur groupe d'âge sont arrêtés pour vol après avoir été observés par un policier ou un agent de sécurité, contre 0,66 sur mille pour



Pixel Add'ct, 2007. Certains droits réservés

les Blancs. Les jeunes Noirs ont ainsi 5,15 fois plus de chances que les jeunes Blancs d'être arrêtés dans ce type de situation qui pourrait, à lui seul, expliquer 21,1% de la surreprésentation globale des jeunes Noirs parmi les jeunes arrêtés et poursuivis, comparativement aux jeunes Blancs. Si on exclut les arrestations pour vol après observation par un policier ou un agent de sécurité, l'écart entre les deux groupes pour ce type d'arrestation se réduit à un ratio de 1,96 sur mille pour les Noirs à 1,84 sur mille pour les Blancs.

Vols avec violence

Les accusations de vol qualifié sont à l'origine des arrestations de 20,9% des jeunes Noirs et de 7,6% des jeunes Blancs. Ces vols sont souvent effectués par des groupes de deux ou trois jeunes, les jeunes Noirs arrêtés ayant, en moyenne, 2,1 complices, et les jeunes Blancs, 1 complice. Il y a donc une différence importante entre les deux groupes pour ce type d'événement, 5,4 jeunes Noirs sur mille étant arrêtés en 2001 sous ce chef d'accusation, contre 0,99 jeunes Blancs sur mille. Les jeunes Noirs ont ainsi 5,5 fois plus de chances d'être arrêtés pour vol qualifié que les jeunes Blancs, ce qui pourrait expliquer 34% de la surreprésentation des jeunes Noirs parmi les jeunes arrêtés et poursuivis. Ici aussi, l'observation par les policiers et les agents semble être dirigée davantage vers les Noirs, 1,1 jeunes Noirs sur mille ayant été arrêté pour vol qualifié après avoir été observé par des policiers ou agents, tandis qu'aucun jeune Blanc de notre échantil-

REGARDS

« Comment expliquer la quasi-absence de jeunes Noirs comme victimes dans les crimes commis par les Blancs ? »

lon n'a vécu le même type d'arrestation. Même si on exclut ces cas, l'écart reste important, 4,3 sur mille pour les jeunes Noirs et 0,99 sur mille pour les jeunes Blancs.

Paradoxalement, 11% des jeunes Noirs (l'équivalent de 2,85 jeunes Noirs sur mille parmi les Noirs de leur groupe d'âge), ont fait l'objet d'une accusation de vol qualifié après qu'un jeune homme Blanc ait appelé la police en tant que victime, pendant qu'aucun jeune Blanc de notre échantillon n'a été arrêté après qu'un jeune Noir ait appelé la police en tant que victime. D'ailleurs, sur l'ensemble des arrestations des jeunes Noirs, 31,9% des rapports de police font état de jeunes victimes blanches, tandis que, quand il s'agit de jeunes accusés Blancs, il n'y a que 3,2% des cas où la victime est un jeune homme ou une jeune femme noire.

Comment expliquer la quasi-absence de jeunes Noirs comme victimes dans les crimes commis par les Blancs ? Soit l'agressivité va toujours dans le même sens (ce qui serait surprenant), soit les jeunes Noirs ont trop peur de la police pour porter plainte contre des agresseurs blancs, soit, encore, la police prend moins au sérieux les plaintes déposées par les jeunes Noirs à l'encontre des jeunes Blancs. La possibilité que la peur des jeunes Noirs (et de leurs familles) ou leur méfiance à l'égard de la police et du système de justice soit un facteur explicatif pour le manque apparent de plaintes déposées par de jeunes victimes noires contre des jeunes agresseurs blancs, est suggérée par le fait que les jeunes Noirs font plus appel à un avocat que les jeunes Blancs (18,3% contre 9,9%). Une telle explication pourrait en elle-même sous-tendre une partie de la surreprésentation des jeunes Noirs parmi les jeunes arrêtés et poursuivis, étant donné que le fait de ne pas porter plainte contre des jeunes Blancs diminuerait nécessairement les taux d'arrestation de ces derniers et augmenterait le taux de surreprésentation des jeunes Noirs.

Entrave au travail d'un policier

Après consommation et trafic de stupéfiants, vol et vol qualifié, un autre chef d'accusation

qui ressort dans les cas d'arrestation des jeunes Noirs est l'entrave au travail d'un policier, accompagnée parfois de voies de fait et d'autres chefs d'accusation. Si Fredy Villanueva avait été arrêté, il l'aurait probablement été sous ce motif et possiblement identifié comme « Noir » selon l'appréciation subjective du policier. Ce type d'accusation ne concerne que 4% des arrestations de jeunes Noirs et 2,6% de jeunes Blancs. On retrouve deux événements dans notre échantillon, impliquant dans un cas un accusé noir et dans l'autre, un accusé blanc, qui ressemblent, à certains égards, à celui ayant mené à la mort de Villanueva.

Dans un cas, les policiers interviennent auprès d'un groupe de jeunes qui sont considérés être en effraction pour flânerie. Ils procèdent ensuite à un contrôle d'identité. Les esprits s'échauffent et une des jeunes (une jeune Noire) dit qu'elle en a assez et décide de partir. Un des policiers essaie de l'en empêcher, elle résiste et le policier tente de lui mettre des menottes. À ce moment, ses amis s'approchent d'une manière jugée « menaçante » (d'après le rapport de police). L'autre policier tente de les tenir à l'écart. La police reprend le contrôle de la situation grâce à l'intervention d'un portier d'un bar à proximité avant l'arrivée de renforts. Dans l'autre cas, des policiers en patrouille répondent à une demande de renforts. Arrivés sur place, ils constatent que deux agents tentent de menotter un individu de « race noire » qui est sur le sol. Il y a « attroupement » autour et un individu de « race blanche » se penche vers les deux policiers. Les deux policiers arrivés en renfort interviennent et l'un d'entre eux tente de maîtriser le deuxième individu, qui s'est avéré plus tard être un ami du suspect mis à terre. Il y a altercation et l'agent de police est « poussé fortement » par l'accusé. Les policiers réussissent à reprendre le contrôle de la situation.

Ce type d'événement (avec dérapage et possibilité de perte de contrôle par les policiers) compte pour 2% de l'ensemble des arrestations. Le peu de cas ne permet pas de conclure à un traitement différentiel entre

Noirs et Blancs. Cependant, il y a un lien à faire entre ce type d'événement (avec ou sans dérapage) et le quatrième et dernier chef d'accusation caractérisant les événements impliquant l'observation directe par un policier ou un agent de sécurité dans l'espace public : le bris de conditions.

Bris de conditions

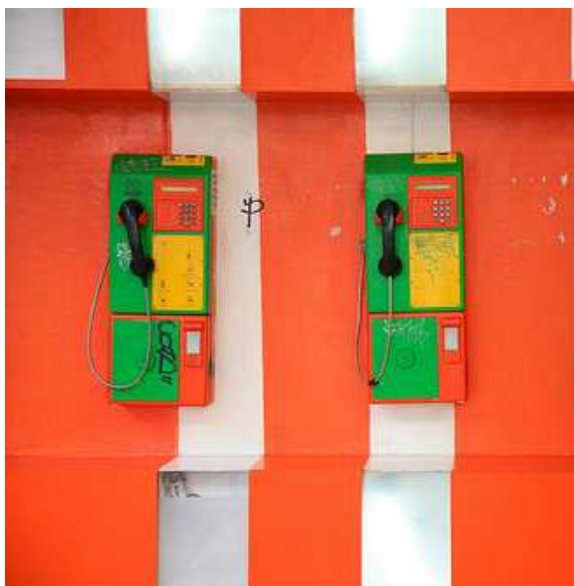
Un certain nombre de jeunes Noirs et Blancs sont assujettis à des conditions de probation après avoir été jugés coupables par la Cour. Il peut s'agir, par exemple, pour une période de temps déterminée, de ne pas entrer en contact avec certains individus, de ne pas quitter le domicile sauf pour certaines activités précises, de ne pas se trouver au-delà d'une certaine distance du domicile, d'observer un couvre-feu (retour obligatoire au domicile avant une certaine heure) ou de ne pas se trouver ou s'attarder dans certains lieux (quadrilatère, parc, station de métro). Ces conditions peuvent s'ajouter à l'obligation d'effectuer des travaux communautaires, à une mise en garde fermée ou ouverte, ainsi qu'à d'autres mesures.

Par exemple, quatre jeunes à bicyclette sont interpellés par un policier parce qu'ils se promènent la nuit sans phares allumés. Après avoir contrôlé les identités, l'un d'entre eux, un jeune Noir, est arrêté pour bris de conditions car il ne respecte pas son couvre-feu. Dans un autre cas, un jeune Noir est interpellé pour flânerie et obstruction des portes devant une station de métro. Après un contrôle d'identité, il est arrêté pour bris de conditions. Plus souvent qu'autrement, ce type d'arrestation met en scène un jeune qui, par définition, a déjà un casier judiciaire et doit se conformer à certaines règles de conduite concernant ses déplacements et fréquentations, généralement dans son quartier de résidence. Dans la mesure où les gestes jugés « illégaux » dans ces cas (en lien avec les conditions de probation) varient d'un jeune à l'autre, la surveillance policière nécessaire pour veiller à ce que les conditions soient respectées a tendance à être localisée et personnalisée. Il peut s'agir d'une sorte de jeu du chat et de la souris, avec des jeunes en bris de conditions tentant de se sauver ou de

se cacher à la vue des policiers.

Les bris de conditions de probation constituent 20,2% de l'ensemble des délits pour lesquels les jeunes Noirs sont arrêtés. Les motifs principaux dans leur cas sont le non-respect d'un couvre-feu, suivi par le fait d'être entré en contact avec certaines personnes indiquées dans le jugement de la Cour ou de se trouver aux abords d'une entrée de station de métro. Dans les cas des jeunes Blancs, ce type d'événement constitue 10,2% de toutes les arrestations. Ici aussi, les arrestations des jeunes Blancs font suite au non-respect d'un couvre-feu, au fait de se trouver dans un endroit interdit ou d'être en compagnie de personnes dont la fréquentation est interdite.

Comme dans les cas précédents, un jeune Noir est particulièrement susceptible d'être arrêté pour bris de conditions après avoir été observé par un policier ou un agent de sécurité : 13,2% des jeunes Noirs de l'échantillon, contrairement à 5,1% des jeunes Blancs. Ce qui veut dire que 3,4 jeunes Noirs sur mille parmi les Noirs de leur groupe d'âge étaient arrêtés pour bris de conditions après avoir été observés par un policier ou un agent de sécurité dans l'espace public en 2001, contrairement à 0,66 jeunes Blancs sur mille. Les jeunes Noirs ont ainsi 5,2 fois plus de chances d'être arrêtés dans ces circonstances que les jeunes Blancs. Ceci pourrait expliquer 21,1% du taux de surre-



Elle vanhoutte, 2009. Certains droits réservés

REGARDS



Vincepal, 2009. Certains droits réservés

présentation des jeunes Noirs.

Cela dit, les jeunes Noirs sont aussi davantage susceptibles d'être condamnés à une probation avec conditions que les jeunes Blancs (en lien avec d'autres mesures). En tout, 56% des jeunes Noirs de notre échantillon reçoivent une sentence comportant une mesure de probation avec conditions, contre 42,5% des jeunes Blancs. Extrapolé sur la population de référence, cela veut dire que 14,5 jeunes Noirs sur mille en 2001 (parmi les Noirs de leur groupe d'âge) à Montréal recevaient une condamnation comportant (entre autres choses) une mesure de probation avec conditions, contrairement à 5,5 jeunes Blancs sur mille. Les jeunes Noirs ont ainsi 2,6 fois plus de chances d'être placés en probation avec conditions (si on se limite aux jugements d'une année donnée) que les jeunes Blancs et 5,2 fois plus de chances d'être arrêtés par la police pour bris de conditions. Soit les jeunes Noirs brisent plus souvent leurs conditions que les jeunes Blancs, soit ils sont davantage observés et pris en flagrant délit par la police.

Sur-surveillance et peur

Ces données convergent vers la conclusion que les jeunes identifiés par les policiers comme « Noirs » sont davantage surveillés par eux et par les agents de sécurité que les jeunes identifiés comme « Blancs ». Cette « sur-surveillance » pourrait expliquer, à elle seule, jusqu'à 58% de

la surreprésentation des jeunes Noirs. Chaque nouvelle arrestation comporte le risque d'une nouvelle inculpation, avec alourdissement du casier judiciaire (dans le cas de culpabilité avérée) ainsi que la probabilité d'une sentence plus lourde et de conditions plus contraignantes que la fois précédente. Ce cercle vicieux est particulièrement apparent dans le cas des bris de probation. La *Politique de lutte aux incivilités* adoptée à Montréal en 2004 n'a sûrement rien fait pour réduire cette tendance à surveiller les jeunes Noirs (Saint-Jacques, 2008).

Ces résultats confirment ce qu'on sait depuis longtemps concernant la surconcentration des ressources policières autour de certaines minorités ethniques ou racisées en Europe et en Amérique du Nord (Chantraine, 2003 ; Cooper, 1980). Montréal ne fait donc pas exception. La situation serait même équivalente à certains égards à celle qui prévaut aux États-Unis (Bernard et McAll, 2008). Ce qui est moins clair dans la littérature est le lien entre identité « racisée » et statut socio-économique, les ressources policières étant également surconcentrées autour des quartiers défavorisés (Terrill et Reisig, 2003 ; Kane, 2002 ; Fagan et Davies, 2000). Les jeunes Noirs à Montréal sont aussi susceptibles d'être surreprésentés parmi la population vivant en-dessous du seuil de faible revenu. La surreprésentation viendrait-elle de leur pauvreté et de leur surconcentration dans des quartiers défavorisés (résultant probable-

ment de la discrimination directe et systémique dans les différents domaines de la vie sociale) ou de la discrimination directe effectuée par les policiers dans l'exercice de leurs fonctions ? La réponse se situe probablement entre les deux, tout en rejoignant les thèses d'Omi et Winant (1989) sur la manière dont le racisme peut structurer l'ensemble de la vie en société. Une recherche récente réalisée dans le Missouri par Brunson et Weitzer (2009) suggère effectivement que l'identité racisée ajoute un élément de plus aux traitements différentiels liés au statut socio-économique. Dans leur étude, les jeunes Noirs font état de plus de problèmes avec la police que les jeunes Blancs de statut socio-économique équivalent.

Comment expliquer la sur-surveillance apparente des jeunes Noirs à Montréal ? On peut penser que les policiers ne sont que les dignes représentants d'une société, majoritairement blanche, qui exerce la discrimination envers les Noirs dans tous les domaines de la vie sociale. Ils ne seraient pas une exception à la règle, même si, étant donné la force dont ils disposent, la discrimination, dans leur cas, est plus visible, davantage publique et a des conséquences immédiates sur la population concernée. Cette conclusion serait appuyée par le constat qu'il y a davantage de jeunes Noirs arrêtés dans notre échantillon après avoir été observés par un citoyen (autre que la victime) dans l'espace public que de jeunes Blancs : 3,7 jeunes Noirs sur mille parmi les Noirs de leur groupe d'âge ont été arrêtés et poursuivis en 2001 après avoir été observés par un citoyen autre que la victime, contrairement à 2,3 jeunes Blancs sur mille (ce qui pourrait expliquer 10,9% de la surreprésentation globale des jeunes Noirs). L'école n'est pas en reste, même si l'écart est moindre – 3,4 jeunes Noirs sur mille ayant été arrêtés après que l'école ait appelé la police, contrairement à 2,6 jeunes Blancs sur mille (ce qui pourrait expliquer 9,6% de la surreprésentation). Ensemble, les traitements différentiels constatés à partir des données dont nous faisons état dans ce texte, pourraient expliquer jusqu'à 90,3% de la surreprésentation des jeunes Noirs parmi les jeunes arrêtés et poursuivis sur l'île de Montréal en 2001.⁷

Il y a une piste d'explication pour cette sur-surveillance apparente et la surreprésentation des jeunes Noirs. Dans 11% des arrestations des jeunes Noirs de notre échantillon, le policier fait état d'un soupçon sur l'appartenance d'un jeune à un gang de rue. Dans aucun des dossiers des jeunes Blancs on ne fait état d'un tel soupçon. Lors d'une intervention publique au mois de février 2010, un représentant du Service de la Police de la Ville de Montréal a affirmé que la lutte contre les gangs de rue constitue la grande priorité de la police, même si les gangs ne sont responsables que de 1,6% des actes criminels recensés en 2009.⁸ Invité par les journalistes à expliquer cet investissement des ressources policières dans la lutte contre les gangs de rue malgré le peu d'activités criminelles qui leur est associé, le directeur adjoint de la police a avancé que « les gens ont la perception que les gangs de rue prennent beaucoup, beaucoup, beaucoup d'ampleur, et peut-être un peu plus d'ampleur qu'on le constate sur le terrain ». Conclusion de la police : concentrer les ressources policières sur la lutte contre les gangs de rue pour répondre aux peurs d'une partie de la population majoritaire, tout en sachant que celles-ci sont non fondées. La peur, attisée par une attention médiatique importante pour tout ce qui concerne les gangs de rue, pourrait ainsi être un élément central dans la sur-surveillance des jeunes Noirs, que ce soit de la part de la police ou de la part des citoyens eux-mêmes.

Ce constat rejoint les résultats d'une recherche effectuée en Angleterre dans les années 1970 sur la supposée « criminalité » des jeunes Noirs (Hall et al., 1978). Alimenté par les politiciens et les médias, un état de panique s'est installé dans la population quant à la menace posée dans les villes, surtout après la tombée de la nuit, par des jeunes Noirs qui s'en prenaient supposément, seuls ou en gang, aux honnêtes citoyens blancs. Ces peurs avaient peu à voir avec les statistiques sur la criminalité et reflétaient davantage la volonté de faire reposer sur les traits prétendument criminels des jeunes Noirs la responsabilité de leur propre exclusion sociale. Elles donnaient lieu aussi à la sur-concentration des ressources policières autour de ces jeunes, tout en augmentant les côtes

« On peut penser que les policiers ne sont que les dignes représentants d'une société, majoritairement blanche, qui exerce la discrimination envers les Noirs dans tous les domaines de la vie sociale. »

d'écoute et les revenus publicitaires des médias britanniques.

Nos données suggèrent que ces comportements à l'égard des jeunes Noirs, fondés possiblement sur la peur et « légitimant » l'exclusion sociale de ces derniers, génèrent à leur tour la peur chez ces jeunes et leurs familles vis-à-vis des policiers et du système de justice.⁹ Ces jeunes auraient moins tendance à avoir recours à la justice quand ils sont eux-mêmes victimes d'un délit et les jeunes Blancs responsables échapperaient ainsi à la poursuite, ce qui pourrait avoir comme effet d'augmenter le taux de surreprésentation des jeunes Noirs parmi les jeunes arrêtés et poursuivis, ainsi que la peur de la population blanche à leur égard. Cela pourrait donner lieu à la surconcentration renforcée des ressources policières.

Intervenant au nom de peurs non-fondées ressenties par une partie de la population, les policiers et agents de sécurité peuvent non seulement générer la peur chez les jeunes visés, mais être pris eux-mêmes au jeu de la peur. À ce moment-là, tous les dérapages deviennent possibles. Derrière la sur-surveillance et la surreprésentation des jeunes Noirs dans le système de justice, on finit par reconnaître les traits familiers d'une très mauvaise conseil-lère.¹⁰

Notes

1. Voir cet article notamment pour les aspects méthodologiques de la recherche.
2. On peut noter, par exemple, la présence de quelques noms de famille hispanophones et arabophones dans nos deux échantillons, la couleur de la peau étant probablement le critère utilisé par les policiers pour attribuer la personne à l'une ou à l'autre des deux catégories de « Noir » et de « Blanc ». Même en excluant ces personnes, le taux de surreprésentation des Noirs reste deux fois supérieur à leur présence dans la population.
3. Citées dans *Le Devoir* du 28 août 2009.
4. Les deux échantillons initiaux de 100 individus chacun ont dû être réduits par la suite, étant donné des informations manquantes dans certains dossiers et le fait que les dossiers originaux, d'où étaient tirés les échantillons, ont été détruits.
5. Le calcul est le suivant : $[(p \times N_1) \div (N_2)] \times 10$ (p = le pourcentage de Noirs ou Blancs dans l'échantillon selon le chef d'accusation, N_1 = le nombre de jeunes (Noirs ou Blancs) arrêtés et poursuivis en justice en 2001 et N_2 = le nombre de jeunes (Noirs ou Blancs) dans leurs groupes d'âge respectifs en 2001).
6. Tel que mentionné précédemment, 26 jeunes

Noirs sur mille étaient arrêtés et poursuivis en justice en 2001 sur l'île de Montréal, contrairement à 13 jeunes Blancs sur mille. Dans le cas de l'arrestation pour consommation de stupéfiants, après avoir été observé par un policier ou un agent de sécurité, l'écart est de 0,93 ou 7,2% de l'écart global de 13 (1,1 Noir sur mille et 0,17 Blanc sur mille étant arrêtés sous ce chef d'accusation).

7. Selon nos données, la surreprésentation des jeunes Noirs par rapport aux jeunes Blancs pourrait ainsi s'expliquer par : vol qualifié, après appel en provenance d'une jeune victime blanche (21,9%) ; vol sans violence, après observation par un policier ou un agent de sécurité (21,1%) ; bris de conditions, après observation par un policier (21,1%) ; arrestation après observation par un citoyen (10,9%) ; arrestation après appel en provenance d'une école (9,6%) ; vol qualifié, après observation par un policier ou un agent de sécurité (8,5%) ; consommation ou trafic de stupéfiants, après observation par un policier ou un agent de sécurité (7,2%).

8. *Le Devoir*, 17 février 2010

9. À la suite de témoignages de jeunes lors d'une consultation menée à Montréal à l'automne 2009, la *Commission des droits de la personne et de la jeunesse du Québec* fait état des « sentiments de peur, d'injustice, de méfiance et parfois de désespoir » ressentis par ces jeunes après avoir vécu du profilage racial de la part de la police (*Le Devoir*, 11 mars 2010).

10. Cet article a fait l'objet d'évaluation par des pairs.

Bernard, L. et C. McAll. (2008). « À la porte du système pénal : La surreprésentation des jeunes Noirs montréalais », *Revue du CREMIS*, 1(3) : 15-21.

Brunson, R. K. et R. Weitzer (2009). « Police Relations with Black and White Youths in Different Urban Neighborhoods », *Urban Affairs Review*, 44(6) : 858-885.

Chantraine, G. (2003). « Prison, désaffiliation, stigmates : l'engrenage carcéral de l'"inutile au monde" contemporain », *Déviance et société*, 27 (4) : 363-387.

Cooper, J. L. (1980). *The Police and the Ghetto*, New York, London, National University Publications.

Fagan, J. et G. Davies (2000). « Street Stops and Broken Windows », *Fordham Urban Law Journal* 28 : 457-504.

Hall, S., Critcher, C., Jefferson, T., Clarke, J. et B. Roberts (1978). *Policing the Crisis : Mugging, the State and Law and Order*, London et Basingstoke, Macmillan.

Kane, R. (2002). « The social ecology of police misconduct », *Criminology*, 40 : 867-96.

Omi, M. et H. Winant (1989). *Racial Formation in the United States, From the 1960s to the 1980s*, London, Routledge.

Saint-Jacques, B. (2008). « Des gestes anodins qui peuvent vous mener loin », *Revue du CREMIS*, 1 (3) : 22-24.

Terrill, W. et M. Reisig (2003). « Neighborhood context and police use of force », *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 40 : 291-321.

La souffrance psychique



Viviana_Love. 2009. Certains droits réservés

DOSSIER

et les lieux du social

DOSSIER

 Marcelo Otero

 Professeur
 Département de sociologie
 UQÀM

Membre du CREMIS

Les fous n'existent qu'en société

Le malheur d'être fou et pauvre est le titre donné par Franco Basaglia, pionnier de l'antipsychiatrie, à son dernier livre réunissant des conférences qu'il a prononcées en 1979 au Brésil un an avant sa mort (Basaglia, 2008).

Les thèmes des conférences¹ sont un inventaire cruel de la rencontre concrète de trois univers unis par l'incompréhension, la violence et la méfiance, à savoir : la folie, la science et

la société. Le titre de son dernier livre n'est pas si mal choisi si l'on se rappelle certains avatars historiques des rapports entre société, science et folie. Michel Foucault a rendu célèbre le « Grand renfermement » des pauvres, délinquants et fous dans l'Hôpital-général créé par décret du roi de France en 1656 (Foucault, 1977). À ce geste étatique, massif et frustré, s'est succédé le sous-enfermement thérapeutique des aliénés par

les pionniers de la psychiatrie occidentale tels Pinel et Tuke à la fin du XVIII^e siècle. Ce nouveau geste étatique, institutionnel et scientifique donnait une définition « positive », c'est-à-dire une réalité empirique et analytique, au phénomène de la folie et du fou, qu'il s'agissait respectivement de comprendre et de soigner. Les aliénistes réformateurs enfermaient pour traiter scientifiquement des comportements « qui posent problème » et pas seulement pour gérer des groupes de personnes qui « posent problème ». Toutefois, un demi-siècle plus tard, le déclin de l'optimisme thérapeutique (traitement moral) et anthropologique (le fou

est un humain comme les autres) des premiers réformateurs, cédera de nouveau la place à l'enfermement tout court, au pur contrôle de populations. Sous l'influence des paradigmes



[Chris]. 2010. Certains droits réservés

organicismes – entre autres, des théories de la dégénérescence (Morel, 1857) et du darwinisme social (Spencer, 1874-1875) – on enferme désormais tant la fatalité biologique et héréditaire que la fatalité sociale et acquise, que l'on peine de nouveau à distinguer. En fonction de cette redéfinition désespérée de la folie pathologique et des ratés tous azimuts de la socialisation courante, on « traite » l'intraitable par des moyens grossièrement expérimentaux tels que les thérapies de choc ou les psychochirurgies, et on oublie le « fou social »² dans l'hôpital psychiatrique, redevenu de nouveau asile.

Le grand désenfermement

À la fin de la Deuxième Guerre mondiale, les expériences de « désenfermement » de la folie et des fous commencent progressivement à prendre forme. Ce processus, dont les antipsychiatres ont été parmi les principaux promoteurs, deviendra graduellement une politique d'État à partir des années 1960 un peu partout en Occident (sectorialisation, désinstitutionnalisation et communautarisation), un peu comme l'enfermement l'avait été auparavant. Robert Castel parlera ironiquement de « grand désenfermement » pour signaler ce nouveau retournement institutionnel globalisé (Castel, 1973). On assiste non seulement au renouvellement de l'optimisme anthropologique et thérapeutique, mais également à un nouvel optimisme social par rapport à la capacité d'accueil et de tolérance de la « communauté » vis-à-vis des personnes désinstitutionnalisées.

Au cours de la deuxième moitié des années 1970, une nouvelle frustration s'annonce : l'abolition des systèmes de prise en charge, aussi dégradants soient-ils, et le rétablissement du contact entre le fou et la « communauté » ne résorbent pas l'existence persistante d'un certain nombre de personnes que l'on qualifiera de plus en plus comme ayant des problèmes de santé mentale et vivant souvent dans des conditions sociales extrêmes. L'institutionnalisation de la folie ajoute une aliénation sociale supplémentaire à l'aliénation mentale – Erving Goffman l'a bien montré – mais elle n'en est pas la « cause ». Les démarches d'institutionnalisation psychiatrique et de désinstitutionnalisation antipsychiatrique de la folie se recoupent dans leurs origines historiques respectives au moins à trois égards : 1) la dénonciation d'un mode de prise en charge tenu pour abusif et obscurantiste (Pinel³ « libère » les fous des « chaînes » au nom de la raison médicale ; David Cooper⁴ « libère » les patients institutionnalisés dans la « communauté » au nom d'une nouvelle conception psychosociale de la folie), 2) le regard humaniste porté sur les personnes affectées (redécouverte d'une part de raison intacte dans la folie pour Pinel ; folie conçue comme

moment de crise passagère faisant partie d'une expérience fondamentalement humaine pour Cooper) et 3) la proposition de méthodes de prise en charge prometteuses d'une nouvelle époque (internement thérapeutique pour Pinel ; retour dans la « communauté » pour Cooper).

Toutefois, institutionnalisation et désinstitutionnalisation psychiatriques s'opposent en un point central : les rapports entre socialisation et santé mentale se trouvent complètement inversés. Pour les pionniers de la psychiatrie, l'acte thérapeutique vise à ramener l'aliéné, étranger à soi, au « rôle social » duquel il a en quelque sorte « décroché ». ⁵ L'antipsychiatrie, en revanche, met à l'avant-plan les conditions sociales de production de la folie, tout en soulignant que l'accommodation aux « rôles sociaux » n'est pas un signe de santé mentale, mais d'adaptation sociale. Dans cette optique, l'apprentissage des rôles sociaux peut rendre l'individu normal (s'il s'adapte aux exigences sociales) ou malade (si l'individu ne s'adapte pas et éprouve une crise qui est définie comme de la folie par les autres). Cependant, l'adaptation sociale ne rend jamais par elle-même l'individu sain d'esprit (normalité psychologique). Adaptation sociale et santé mentale ne sont pas des synonymes et c'est en cela que l'humanisme de l'antipsychiatrie s'oppose profondément à celui des pionniers de la psychiatrie occidentale.

Si les pionniers de la psychiatrie ont voulu saisir la folie comme un phénomène strictement médical, les pionniers de l'antipsychiatrie, en revanche, l'ont saisie comme un phénomène tout-à-fait social. Sociologiser et médicaliser la folie sont des abus comparables qui, tous deux, se répercutent négativement sur le sort concret de la personne aux prises avec des problèmes de santé mentale : tantôt minorisée et déresponsabilisée comme « patient » ou « résidant », tantôt hyperresponsabilisée comme « acteur » et « usager ». Du même coup, l'intention sincèrement humaniste de deux élans réformateurs qui ont contribué chacun à leur tour à l'abolition de prises en charge dégradantes est invalidée.

*« Sociologiser et
médicaliser la folie
sont des abus
comparables qui,
tous deux, se
répercutent
négativement sur le
sort concret de la
personne aux prises
avec des problèmes de
santé mentale »*

DOSSIER

Jennifer Leigh, 2010. Certains droits réservés ©

*Le grand renversement*

Il demeure toutefois un problème théorique majeur : s'il est tout à fait aisé de définir la « normalité sociale » en référence directe à la capacité d'adaptation sociale des individus, il semble impossible de définir la « normalité psychologique » individuelle sans tomber dans des généralités peu opérationnalisables ou dans des substantialismes anthropologiques (la « nature humaine » est ceci ou cela). On peut toutefois garder à l'esprit l'idée avancée par Georges Canguilhem sur la pertinence de définir le « normal psychologique » par la capacité d'être normatif, plutôt que par l'adaptation à la norme, ce qui renvoie à la capacité individuelle et collective de modifier la norme à *partir* de

la norme, chair du social. C'est le retour au social en voulant définir la normalité psychique. De ce fait, un certain relativisme semble incontournable, à savoir : hier comme aujourd'hui, ce sont les agences gouvernementales, les familles ou les personnes affectées elles-mêmes, qui « savent » ce que signifie avoir un problème de santé mentale et qui demandent (ou déclenchent) une réponse médicale, sociale ou juridique à ce problème (médicament psychotrope, psychothérapie, internement, accompagnement, soutien social, revendication de droits particuliers).

Cette remarque devient d'autant plus pertinente dans le cas des sociétés contemporaines, où la référence à la santé mentale, plus englobante, a remplacé celle de maladie mentale, plus restreinte. Le « succès » sociologique et scientifique de la notion de santé mentale peut être compris comme « l'expression d'une réorganisation des rapports entre maladie, santé et socialisation » qu'Alain Ehrenberg (2004) résume à l'aide d'une autre image ironique : le « grand renversement ». Le nouvel usager des services de santé mentale

est envisagé comme un patient « compétent », qui ne fait pas que « pâtir », mais devient capable de « gérer » ses symptômes en s'impliquant dans la résolution de « son » problème de santé mentale. Ces dimensions actanciennes du « grand renversement » constituent autant de références aux nouvelles règles de l'individualité contemporaine telles que la promotion de l'autonomie, de la responsabilité individuelle et de la prise d'initiatives individuelles.

Des questions demeurent : comment démêler l'imbrication du dysfonctionnement social et du problème de santé mentale ? Est-il seulement possible de le faire ? Est-ce pertinent ? En outre, l'accent mis sur le rôle de l'« usager-client » comme acteur non seulement de « sa » maladie mentale, mais également de « sa » santé mentale, rend encore plus obscure la distinction entre « normalité psychologique » (être normatif à partir de la norme) et adaptation sociale (s'adapter aux impératifs sociaux). Être adapté signifie aujourd'hui devenir un acteur autonome et responsable de sa trajectoire de vie. L'autonomie n'est-elle pas devenue la grande norme de l'individualité contemporaine ? Encore une fois, la normativité sociale semble rattraper ce qui tente de lui échapper.

Trois dimensions

Grand renfermement, grand désenfermement et grand renversement constituent donc trois puissantes images sociologiques qui illustrent les grands cycles de définition sociale de la folie, les modes institutionnalisés de prise en charge et la production des discours scientifiques et sociaux qui cherchent à comprendre, décrire et traiter les diverses figures de la folie et de la santé mentale. Trois façons aussi de signaler des changements profonds dans la normativité sociale : mise en place de dispositifs de *tutelle institutionnelle* pour certaines catégories de personnes définies comme malades (institutionnalisation), volonté d'*intégration* dans la communauté de certaines catégories de personnes définies comme vivant une crise psychosociale (désinstitutionnalisation) et *promotion de l'autonomie* de certaines catégories de personnes dites « avec des problèmes de santé mentale » (autoprise en charge).

Le plus lucide des antipsychiatres, Franco Basaglia, a tenu jusqu'à la fin de sa vie à ne pas dissocier trois dimensions bien réelles sous l'angle desquelles toute personne souffrant d'un problème de santé mentale devait être considérée : les symptômes qui la font souffrir et l'empêchent de mener une vie supportable, l'exclusion sociale et la stigmatisation dont elle souffre et, enfin, le « symptôme social » qu'elle incarne. Les dernières conférences de Basaglia n'avaient cessé de l'affirmer : la folie et les fous n'existent *que* dans une société.

Notes

1. Par exemple, « Répression et maladie mentale », « Techniques psychiatriques comme instruments de libération et d'oppression », « Psychiatrie et communauté », « Santé et Travail », « Structure sociale, santé et maladie mentale », « Pouvoir et violence dans l'asile psychiatrique », « La science et la criminalisation des besoins », « Pouvoir d'État et assistance psychiatrique », « Psychiatrie et participation populaire », « Alternatives au travail en santé mentale », « Psychiatrie et politique » et « Le public et le privé en psychiatrie ».
2. Voir les catégories des personnes qui composent l'univers asilaire au Québec avant la Révolution tranquille dans Cellard, A. et M.-C. Thiffault (2007). *Une toupie sur la tête : visages de la folie à Saint-Jean-de-Dieu*, Montréal, Boréal.
3. S'il est vrai que la libération des fous de leurs chaînes en 1792 par Pinel est plus qu'un mythe (repris par le célèbre tableau de Robert Tony-Fleury *Pinel délivre les fous de leurs chaînes*) et plus qu'un événement historique, ce geste symbolique fait au nom de la science et de la raison convient très bien à l'esprit des pionniers de la psychiatrie occidentale.
4. Selon David Cooper, pionnier de l'antipsychiatrie, les maladies psychiatriques ne sont pas « mentales », mais « relationnelles ». Un individu, qui joue le rôle de bouc émissaire, sera désigné comme fou, ce qui permet de nier le problème relationnel en créant un problème de santé mentale sur lequel l'attention institutionnelle doit se concentrer (famille, hôpital, société conformiste) (Cooper, 1970 : 15-55).
5. Foucault affirme que « ce qui constitue la guérison du fou, pour Pinel, c'est sa stabilisation dans un type social moralement reconnu et approuvé ». Il ne s'agit pas de redevenir tout simplement un homme sain d'esprit, car l'humanité perdue ne peut être recouvrée que dans des « espèces sociales toutes constituées qui ont sommeillé longtemps sous la folie ». Le serviteur fou redevient serviteur sain d'esprit, le bour-

geois fou redevient un bourgeois sain d'esprit. Chacun reprend ses rôles sociaux en quelque sorte là où il les a laissés (Foucault, 1977 : 594-595).
6. Canguilhem (1955) a bien montré qu'une discipline du social pathologique ne pourrait jamais être scientifique. Voir aussi Ogien (1989).

Basaglia, F. (2008). *La condena de ser loco y pobre*, Buenos Aires, Topia.

Canguilhem, G. (1955). « Le problème des régulations dans l'organisme et dans la société », *Cahiers de l'Alliance Israélite Universelle*, septembre-octobre, 92 : 64-81.

Castel, R. (1973). *Le psychanalisme*, Paris, Librairie François Maspéro.

Cellard, A. et M.-C. Thiffault (2007). *Une toupie sur la tête : visages de la folie à Saint-Jean-de-Dieu*, Montréal, Boréal.

Cooper, D. (1970). *Psychiatrie et anti-psychiatrie*, Paris, Seuil.

Ehrenberg, A. (2004). « Les changements de la relation normal-pathologique. À propos de la souffrance psychique et de la santé mentale », *Esprit*, mai : 144.

Foucault, M. (1977). *Histoire de la folie à l'âge classique*, Paris, Gallimard.

Morel, A. (1857). *Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine*, Paris, Jean-Baptiste Baillière.

Ogien, A. (1989). « Une sociologie du pathologique est-elle pensable ? Notes sur l'anomie, le contrôle social, la déviance », *Revue européenne de sciences sociales*, 27(83) : 197-215.

Spencer, H. (1874-1875). *The Principles of Sociology*, London, Williams and Norgate.

les midis du CREMIS

Au contact des invisibles

L'intervention de proximité dans l'espace public

Conférence par Évelyn Baillergeau et Myriam Thiot

Mercrèdi le 14 avril 2010, 12h à 13h30
CREMIS, 1250 Sanguinet
Salle 451
www.cremis.ca

Passer par là



DOSSIER

Christopher Reid

Propos recueillis par
Nancy Keays
et Baptiste Godrie
Revue du CREMIS

Lorsque je suis devenu itinérant en 1987, j'ai d'abord ressenti un sentiment de libération et une amélioration de ma situation par rapport à mes phases de dépression. Je me sentais mieux en quittant cet univers du travail qui me mettait sous pression, où il faut obéir à son patron et toujours performer, performer et performer. Il faut être bien coiffé, agréable et souriant. Tu ne peux pas avoir n'importe quel comportement.

Au volant du char

Dans un premier temps, j'ai idéalisé ma vie à la rue. J'ai rencontré des itinérants de l'ancienne génération qui avaient eux-mêmes connu les *hoboes*, les vagabonds qui se déplaçaient de ville en ville avec le train. Ces personnes avaient une éthique de vie fondée sur le partage et l'échange qu'il n'y a plus désormais à la rue. J'ai pratiqué cette éthique : si tu as deux chandails et que le gars à côté de toi a froid, tu lui en donnes un et lui, il te donne du tabac en échange. Dans notre gang, si quelqu'un distribuait des circulaires, mais avait besoin de bottes, on allait lui en chercher au comptoir de vêtements et, en contrepartie, il nous donnait du tabac acheté avec son salaire. Une fois de temps en temps, on volait une caisse de bières qu'on buvait dans le parc. On n'était pas dangereux. Ces gens vivaient en marge de la société. Ils ne

DOSSIER

« J'avais peur du contrôle, que l'on prenne le volant du char de ma vie et qu'on me dise "va par là, va par là" »

voulaient rien savoir de la société et me disaient : « j'ai pas besoin de mettre ma chemise blanche, ma cravate, je suis libre, je ne prends pas des ordres de personne ». Ils voyaient les gens dans la société qui se lèvent le matin, prennent leur boîte à lunch, marchent comme des robots et vont au travail. À la rue, si je me lève et que je ne veux pas me raser, je peux le faire. Je n'ai pas besoin de faire briller mes chaussures comme dans l'armée. Dans la rue, on est invisible.

On allait à l'Accueil Bonneau, où il y avait une atmosphère familiale et à peine une centaine de personnes tous les matins, alors qu'aujourd'hui, il y a plus de sept cent personnes par jour. On allait à la maison Labre en marchant à travers le Vieux-Port qui était abandonné. C'est aussi l'époque de Dernier Recours qui s'était organisé suite à la découverte d'un mort au carré St-Louis. Les médias et les gens trouvaient ça gênant qu'il y ait des gens à la rue dans de telles conditions. On vivait dans l'ombre de la société. On n'avait plus le goût d'entrer en contact avec la société. Je n'ai jamais entendu un itinérant me dire : « regarde, j'ai reçu une invitation pour le mariage de ma nièce ». Il ne va pas y aller car on dirait : « regarde c'est T., un gars de rue ». Les gens vont dire : « untel est médecin, untel est avocat ». Ils ne diront pas : « viens rencontrer mon oncle itinérant ». Même lui, il va être gêné, il va porter du linge acheté à un comptoir de vêtements, qui ne lui va pas. Il y a une séparation entre les deux mondes. J'ai progressivement réalisé que tout n'était pas si rose que cela et qu'il y avait des « choses en-arrière » des personnes.

J'ai commencé à avoir des problèmes avec ma gang, à me faire des injections et à consommer. J'ai senti que le groupe avait une influence négative sur moi et que je m'isolais progressivement du monde. Après un an et demi à la rue, je suis parti de Montréal. Je suis passé par Gatineau, Hull et Ottawa. Puis, j'ai voulu aller à Québec tout en évitant de passer par Montréal. Un jour, je marchais à Maniwaki et un gars me dit : « hé, il y a une place pour toi là-haut ». Je ne l'ai pas cru sur le coup, mais c'est bien tombé. Deux religieuses ouvraient

une maison pour des personnes en difficulté dans le presbytère de l'église d'un village de cinq mille habitants. C'était une petite ressource de dix lits où les problèmes de santé mentale n'étaient pas tabous. Il n'y avait aucun préjugé. J'ai commencé à enlever mes propres préjugés envers les personnes avec des problèmes de santé mentale (qui seraient faibles, malheureuses, paresseuses, pas sociables). J'avais tout le temps eu cette étiquette dans ma tête qui fait que tu ne travailles pas, tu as trop honte, tu ne vois pas ta famille et les gens te disent que tu ne te comportes pas comme un homme. Je suis resté cinq ans à Maniwaki, dont deux en logement, et je suis retourné à l'école compléter mon secondaire V. J'ai reçu beaucoup d'aide dont l'appui d'une travailleuse sociale qui m'a donné de bons conseils que j'applique encore aujourd'hui. Si je vais prendre un café chez une personne mais qu'après, je me sens terriblement mal car elle a été négative, a parlé contre tout le monde et affecte ma santé mentale, alors je la raye de mes fréquentations. Je m'emploie à me responsabiliser, faire des activités positives et éviter les mauvaises fréquentations. Il ne faut pas se priver des petites choses qui nous font du bien (une bouteille de Pepsi, un film) car des fois, on se culpabilise de ces plaisirs au point de s'en priver.

Cette période de ma vie a changé ma façon d'aborder les problèmes de santé mentale. J'avais jusqu'alors vécu mon problème dans la solitude. À cause du manque d'information dans les milieux de travail et d'une mauvaise expérience plus jeune dans l'Église de Scientologie, je n'étais jamais allé vers le système de santé et les psychologues. J'avais peur du contrôle, que l'on prenne le volant du char de ma vie et qu'on me dise : « va par là, va par là ».

Une grippe dans la tête

J'ai quitté ma ville natale en 1976 à un moment où le chômage sévissait en raison de la crise de l'essence. Je ne trouvais pas de job et je suis venu m'installer à Montréal à l'âge de 18 ans. En arrivant, j'ai trouvé un travail dans une entreprise dirigée par l'un de mes beaux-frères. J'ai enchaîné des emplois et je travail-



Viviana_Love, 2009. Certains droits réservés

DOSSIER

lais dans un atelier d'encadrement quand je me suis marié avec une femme que j'avais rencontrée un an et demi plus tôt. À cette époque, nous partions en région les fins de semaine visiter ses parents. Suite à la perte de mon emploi dans l'atelier d'encadrement, le seul travail que j'ai retrouvé est une job moins bien payée. De 40 h/semaine, je suis passé à 60 heures. Je travaillais de 8 h à 16 h, puis jusqu'à 21 h dans une entreprise qui fabrique des souvenirs qu'on vend dans les boutiques sur Ste-Catherine. Les employeurs essayaient de me faire faire plus d'heures sans passer par le syndicat. Ils m'ont fait signer un papier disant que je n'étais pas dans le syndicat, mais que je pourrais y rentrer dès qu'une place se libèrerait. Puis, ils m'ont mis dehors parce que, selon le protocole, après trois mois de travail, ils doivent embaucher la personne au salaire minimum. Il faut soit embarquer dans le syndicat, soit partir. Moi, je travaillais pour 5 dollars de l'heure, alors que les personnes syndiquées travaillaient à 12 dollars de l'heure. Je n'étais pas au courant de la politique des syndicats, je n'avais pas d'éducation là-dessus. Je voulais juste faire mon travail. Mon chef me donnait des heures de nettoyage les fins de semaine en surplus, ce qui a eu des conséquences sur mon mariage qui a commencé à se détruire. Ma femme restait seule. Nous avons dû arrêter

d'aller voir ses parents et elle a commencé à déprimer. Nous avions des problèmes d'argent et j'essayais de ne pas y penser. Sans succès. Je n'avais pas réalisé que j'étais moi aussi déprimé à cette époque. Cette situation a conduit à mon divorce.

Ensuite, j'ai travaillé dans un magasin de TV. Un collègue de travail était jaloux de moi et des bonnes relations de travail que j'avais avec les gens de l'entreprise. Il voulait être populaire. Moi, je m'en foutais, je n'étais pas sympathique pour être populaire. Il a commencé à me faire des attaques, des petites piques, des petites insultes. À un moment, j'ai rêvé que je l'avais tué et que j'essayais de cacher le corps. Je ne voulais pas le tuer, mais ça montre que ce que j'ai subi est vraiment grave. Tout de suite après, j'ai donné ma démission au travail. Ma dépression a commencé à se manifester dans mes jobs et je sentais le regard des autres. Les trois premières années, j'ai été correct, puis la solitude m'a beaucoup affecté. Je n'avais pas d'aide nulle part. Je ne savais pas où m'adresser. On ne parlait pas de santé mentale dans les milieux de travail.

Quand tu es en dépression, c'est difficile de communiquer avec les autres. À un moment donné, j'ai pris un petit papier et je l'ai mis

DOSSIER

dans une chaussure. J'avais écrit : « Avoir une dépression, c'est comme avoir une grippe dans la tête ». Pour moi, la seule manière de m'exprimer sur la dépression, c'était de dire que j'avais une grippe dans la tête. La souffrance est terrible. La dépression prend tellement d'attention dans la tête que j'ai du mal à me concentrer au travail. C'est comme vivre dans une maison bâtie sur des piliers. Si quelqu'un retire un pilier, tu te réveilles et tu vois qu'il y a un problème dans ta maison. S'il en retire un autre, tu commences à tomber. C'est comme si quelqu'un arrivait chez toi et prenait trois briques à ton mur. Tu les remets et le lendemain, il en manque une vingtaine. Pendant ce temps, un autre enlève les tuiles de ton toit... Ceux que j'ai rencontrés à la rue avec des problèmes de santé mentale n'ont jamais eu besoin de me convaincre de leur souffrance parce que je suis passé par là.

Le billet

Depuis ce temps, je suis resté proche du milieu de la rue et j'ai observé l'itinérance et la santé

mentale. J'ai échangé avec les gens, qui m'ont expliqué leurs problèmes. Je voulais faire quelque chose, mais ce n'était pas vraiment clair. Récemment, alors que j'étais à Ottawa dans une ressource, j'ai assisté à



Fotographica, 2009. Certains droits réservés.

une scène qui m'a marqué. J. sort de l'hôpital après trois semaines de prise en charge et retourne à la ressource dans laquelle il séjournait avant son admission à l'hôpital. Il arrive au refuge et ses médicaments ne sont plus là. « Qu'est-ce que vous avez fait avec ? - On les a jetés, t'étais plus là ». Gros drame : c'est le temps des fêtes et tout est fermé. Comment trouver quelqu'un pour lui faire la prescription ? J'ai réalisé le manque de compréhension envers les personnes avec un problème de santé

mentale. Il aurait pu y avoir une personne qui dise : « ok, on a fait une gaffe. On va t'aider, on va contacter l'hôpital. Tu viens d'en sortir, ils te connaissent, ils vont te faire une nouvelle prescription ». Les gens étaient indifférents.

C'est à ce moment que j'ai vraiment pris conscience de choses que je voyais depuis toutes ces années. Les personnes avec des problèmes de santé mentale sont souvent incomprises et laissées à elles-mêmes, y compris par des ressources qui leur sont destinées. C'est cette situation qui m'a donné envie de lancer mon projet à Ottawa. L'idée est d'organiser un groupe d'échanges autour des problèmes que les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale rencontrent à la rue, sous la direction d'un professionnel (intervenant, personnel clinique) et d'un groupe d'évangélistes. Il faut qu'il y ait des professionnels, car on ne veut pas avoir de conseils sur les médicaments de la part d'une personne qui ne connaît pas ça. C'est un groupe de témoignage, pas un groupe de thérapie. Il s'agit de partager son vécu et de trouver des solutions aux problèmes

rencontrés, comme des adresses de ressources où l'on peut trouver de l'aide. Il peut s'agir de partager quelque chose en lien avec la police ou les gardiens de sécurité d'un centre d'achats.

Les gens qui voient quelqu'un qui parle tout seul dans une

cage d'escalier vont paniquer et appeler la police. Dans les refuges, si quelqu'un se met à parler tout seul, il se fait dire : « ta gueule ou je te frappe ». On ne leur dit pas de descendre signaler la personne afin qu'elle soit mise à part pour la nuit et qu'elle reçoive un suivi spécifique. Les personnes ne doivent pas régler ça entre elles. Il n'existe pas assez de mesures dans les refuges et les ressources pour éviter les drames. Ça vient toujours comme une explosion : police, menottes, ambulance.

Cette personne qui parle toute seule n'est pas une mauvaise personne ; elle ne veut pas faire de mal. Au lieu de lui dire : « viens nous voir si tu as un problème, on n'ira pas chicaner les autres, on a une place pour toi, on va prendre un café ensemble », les solutions lors des crises sont l'hospitalisation ou la criminalisation. Les policiers ne sont pas formés à intervenir en cas de crise. Ces interventions sont vécues comme des traumatismes par les personnes qui sont souvent en détresse et ne savent pas ce qui leur arrive. On les considère comme dangereuses, comme des problèmes, alors que l'on pourrait dénouer la situation sans passer par les menottes et la violence. Je connais des gens qui dorment à la rue et qui se sont faits attaquer et voler leurs médicaments. Des gens me disent que les refuges ne sont pas faits pour eux avec leurs problèmes de santé mentale. J'entends souvent dire : « les autres personnes à la rue ne m'aiment pas, ils ne me parlent pas, ils savent que j'ai des problèmes de schizophrénie. Ils ne veulent pas me connaître et je suis dans la solitude. Je me sens mal dans ma peau, les intervenants ne s'intéressent pas vraiment à moi ». C'est déjà souffrant d'avoir un problème de santé mentale, mais c'est encore plus dur de se faire battre pour ça. Les gens sont pris avec leurs problèmes et sont très renfermés. Je veux que ces gens là parlent de leur vécu.

Dans les hôpitaux, les gens sont pris en charge à 100% et, quand ils sortent, ils se retrouvent livrés à eux-mêmes. Les hôpitaux psychiatriques n'ont pas de relation avec les refuges. Je n'ai jamais entendu quelqu'un dire : « il y a un de mes patients qui est chez vous, c'est G., comment va-t-il ? Si jamais il y a un problème, je suis son psychiatre, appelez-moi ». Je connais quelqu'un qui avait des problèmes de santé mentale et voulait de l'aide. Il a pris son dernier billet d'autobus pour aller à l'hôpital psychiatrique. On lui a dit : « vous êtes à la mauvaise place, il faut que vous passiez par l'hôpital général qui va vous évaluer et vous envoyer ici si besoin est. Allez à l'hôpital général ». Il leur répondit : « Mais je n'ai plus de billet, vous pouvez m'en donner ? ». Pas de billet. Il a fallu qu'il retourne à pied jusqu'au refuge.

Faire connaître

Je suis allé voir les organismes communautaires qui travaillent dans le domaine de la santé mentale et de l'itinérance à Ottawa. J'ai rencontré le directeur de l'Armée du Salut, les directeurs de trois missions. J'ai fait du travail de terrain. Les refuges n'ont pas assez de ressources et les personnes que je rencontre ne cheminent pas, elles stagnent. Il y a de bons intervenants, mais je remarque en général un manque de formation. Intervenir auprès de ces personnes n'est pas facile. Il faut les laisser dans leur solitude tout en leur montrant que l'on est là. Les personnes sentent lorsqu'on est présent, même si on dirait qu'elles ne le voient pas. Avec le temps, elles disent : « une personne est là, elle s'intéresse à moi, elle est correcte ». Je fais la différence entre intervenir - prendre en charge les problèmes, décider ce que la personne doit faire, où elle doit aller - et interagir, cette petite marque d'attention qui aide la personne. Je pense aussi qu'il est important de ne pas se concentrer uniquement sur la santé mentale. Toutes les personnes à la rue n'ont pas des problèmes de santé mentale. Il faut parler de ce que la personne aime, veut et laisser la conversation prendre des détours sans toujours ramener l'attention sur les problèmes. C'est dans ces conditions que la personne peut alors se sentir en confiance et révéler des choses qui lui sont importantes et qu'elle cache.

Je souhaite faire connaître la vie des personnes à la rue qui se font, par exemple, battre par des gardiens de sécurité des centres commerciaux, alors qu'ils entrent seulement pour se réchauffer. Faire connaître ce que vivent ces personnes à la rue, les agressions, les abus d'autorité, la souffrance que cela entraîne.

*« Je fais la différence
entre intervenir -
prendre en charge les
problèmes, décider ce
que la personne doit
faire, où elle doit aller -
et interagir, cette petite
marque d'attention qui
aide la personne. »*

DOSSIER

La matrice des alliances

D'Erving Goffman à Robert Castel, en passant par Christopher Lasch et Michel Foucault, une tradition sociologique critique a, dès les années soixante, dénoncé la psychologisation de la société et le contrôle social de la déviance. Cette sociologie de la dénonciation et du dévoilement des aliénations de toutes sortes, qui revendiquait une prévalence par rapport à la psychiatrie, est encore manifeste, quoiqu'elle se présente de manière plus subtile. On la reconnaît par le fait qu'elle a tendance à dénier la réalité des « nouvelles pathologies » et à les interpréter comme une forme plus ou moins subtile de psychiatrisation ou de psychologisation du social.

En dernier ressort, elle revendique le savoir concernant la prise en compte des enjeux politiques et sociaux inhérents au geste thérapeutique. Les acteurs du soin, parce qu'ils seraient occupés à une tâche spécifique, seraient

aveugles aux procès de gouvernementalité dont ils seraient à la fois sujets et assujettis. Il faudrait ici apporter des nuances à ce point de vue radical, qui montreraient que cette sociologie critique a été parfois relayée, voire avancée, par des psychiatres progressistes et souvent minoritaires dans leur champ au nom de la « libération du sujet », comme personne et



Dr. G. Photography, 2008. Certains droits réservés

Christian Laval

Directeur adjoint

Observatoire national
des pratiques en santé
mentale et précarité

France

citoyen.¹ Tout compte fait, le critère de hiérarchisation des disciplines se fait en fonction de leur niveau de clairvoyance ou d'aveuglement par rapport aux enjeux politiques des sciences sociales.

Depuis deux décennies et après une période de distanciation mutuelle, des relations complexes s'établissent de nouveau entre psychiatrie et sociologie. Cette ouverture, encore timide et facilitée par la tendance de fond qui va de la psychiatrie vers la santé mentale², se fait aux confins de ces disciplines. Elle se sédimente autour de la question des normalités émergentes et donc, des nouvelles pathologies de l'individu contemporain.

L'objet de l'autre

De nos jours, lorsqu'on tente de tracer les lignes d'un nouveau rapport entre les deux disciplines, on s'aperçoit que la perception des enjeux politiques est plus partagée que ce qu'en disent historiquement les sociologues. En France, tout au moins, le front des désaliénateurs s'est fissuré lorsque la psychiatrie clinique a commencé, à la fin des années 1980, à être « inondée » par la nouvelle question sociale, qui, pour partie, s'est donnée à voir comme une souffrance sociale (Renault, 2007). Durant les deux dernières décennies, la clinique psychiatrique a investi le champ de la précarité sociale (demandeurs d'asile, sans domicile, exclus du travail) ainsi que d'autres espaces collectifs. Depuis lors, la psychiatrie n'est plus seulement à l'origine d'une politique publique qui vise des personnes malades mentales ; elle devient une action publique, multimodale par définition, qui vise des personnes psychologiquement vulnérabilisées par divers accidents de la vie et par la conjoncture socio-économique. De ce fait, les professionnels au contact de ces nouveaux publics commencent à penser le social non plus comme un cadre silencieux qu'il conviendrait de neutraliser dans une relation singulière, mais comme un cadre saturé d'enjeux politiques qui, pour le dire à la manière des psychanalystes, « se mettrait à parler ». Les psychiatres constatent alors que le lien social s'effrite, que la famille ainsi que la communauté ne sont plus les faiseurs de liens

qu'ils ont pu être et que ces délitements ont des effets sur le plan de l'intériorité.

Durant cette période, alors que le psychiatre s'intéresse au social (Furtos, 2008), le sociologue, lui, devient parfois clinicien (De Gaulejac et Roy, 1993), à moins que les deux ne travaillent ensemble (Furtos et Laval, 2005 ; Joubert et Louzoun, 2006). Ils se polarisent alors autour des nouvelles contraintes qui s'imposent aux individus dans le contexte bien décrit par Norbert Elias dans *La société des individus*. Plus largement, ils tentent de rendre compte du nouveau type de rapport entre les processus de subjectivation et les transformations psychiques plus globales de l'homme moderne. Ce rapprochement par focalisation sur les objets historiquement attribués à l'autre discipline construit les filaments d'une controverse.

Affaiblissement du social et nouvelles normativités

Sur différents thèmes en discussion, les lignes de séparation se structurent autour d'axes transdisciplinaires et ne passent plus par des frontières entre disciplines. La querelle sur l'étiologie des nouvelles manifestations des troubles est paradigmatique de la reconfiguration en cours. Quel est le problème ? En amont de leur fixation en pathologies existe une discussion sur la manière dont de nouvelles expressions du souffrir font écho à la métamorphose de ce que certains ont nommé la nouvelle économie psychique.³ Les pathologies narcissiques d'une part, et la dépression d'autre part, sont distribuées sur chacun des pôles de cette controverse. Comment s'expliquent ces nouveaux symptômes dont diverses disciplines se font le relais ? Deux types de réponses sont généralement donnés à ces questions. Ils ont en commun de mettre au centre de la polémique la question de la règle sociale et ses effets en termes psychiques.⁴

Un premier agrégat transdisciplinaire explore l'affaiblissement de la règle sociale qui se manifesterait par la dé-symbolisation du lien social (Doray, 2006) ou par des transformations profondes du socle symbolique de la société dans le rapport entre les sexes, les âges et les cultu-

« Les psychiatres constatent alors que le lien social s'effrite, que la famille ainsi que la communauté ne sont plus les faiseurs de liens qu'ils ont pu être et que ces délitements ont des effets sur le plan de l'intériorité. »

res.⁵ Ces processus de perte et de « mélancolisation » du lien social s'inscrivent d'une certaine manière en continuité avec les travaux de Durkheim sur l'anomie et ceux portant sur le « malaise dans la civilisation ». Les pathologies narcissiques sont au cœur de cette mouvance.

Sur l'autre versant, un second courant accorde un rôle prépondérant aux renouvellements encore peu visibles de la règle sociale et tente de rendre compte de l'augmentation et de la banalisation des symptômes dépressifs. Contre « l'illusion de l'affaiblissement de la règle sociale », Alain Ehrenberg souligne que « nous sommes moins dans un contexte d'affaiblissement que de transformation de la règle ». Ce qui serait à l'origine des nouveaux symptômes n'est donc pas la situation d'un individu perdu par défaut de règles symboliques, mais plutôt l'encadrement de son existence par un nouveau type de normes sociales : les normes de l'autonomie, les exigences enjoignant à être responsable de sa propre existence, de sa réussite personnelle et professionnelle, comme de ses échecs.

Alliances

Quoiqu'il en soit du bien fondé de la controverse, nous voulons, avant tout, à travers cette mise en évidence des nouvelles expressions du pâti, montrer que cette thématique repose sur des thèses complexes et articulées dont les lignes de force ne sont pas explicitées par une discipline reine. Sociologie et psychiatrie sont convoquées, tour à tour ou dans le même temps, pour décrypter ce nouveau logos qui décrit autant qu'il annonce le passage d'une économie psychique organisée par le refoulement, à une économie organisée autour de la jouissance dont le revers serait la dépression. Sur ce sujet, en tout cas dans le contexte français, la matrice des alliances passe au cœur même de chacune des disciplines. Cette controverse est précieuse car tout en authentifiant un « problème » de santé publique, elle soumet un ensemble d'alternatives théoriques et politiques à la discussion.

Comment penser les rapports entre sociologie

et psychiatrie autrement que sur le mode de l'altérité radicale ? Comment établir un partage des compétences entre l'une et l'autre qui dépasse celui qui a marqué leurs rapports dans l'histoire ? L'analyse du déploiement de la controverse en cours semble indiquer que ces questions sont peut-être déjà dépassées par cette construction transdisciplinaire d'hypothèses explicatives. Maintenant que les enjeux de connaissance et d'action sont articulés de manière transdisciplinaire, il devient nécessaire d'effectuer un retour critique et appropriable discipline par discipline de ce logos transversal.

Notes

1. Tels Leguillant, Daumézou et Bonnafé, tous trois psychiatres.
2. Cette tendance va de pair avec un mode de relation renouvelé entre différentes disciplines, bien au-delà de la sociologie (anthropologie, histoire, économie, droit, philosophie, psychanalyse, neurosciences et biologie).
3. Melman et Lebrun parlent de « nouvelle économie psychique » pour caractériser « un état de congruence entre une économie libérale débridée et une subjectivité qui se croit libérée de toute dette envers les générations précédentes ». Voir Melman (2002).
4. Pour une analyse plus poussée de cette controverse abordée à partir de la question de la souffrance sociale et de l'importance explicative des rapports sociaux, voir Laval et Renault (2005).
5. Sur cet axe de la controverse, on peut citer dans le contexte français les travaux de Melman et de Lebrun sur l'homme sans gravité et, du point de vue sociologique, les travaux de Dubet sur le déclin des institutions.

-
- De Gaulejac, V. et S. Roy (1993). *Sociologies cliniques*, Paris, Desclée De Brouwer.
- Doray, B. (2006). *La dignité : les débuts de l'utopie*, Paris, La Dispute.
- Furtos, J. (2008). *Les cliniques de la précarité : contexte social, psychopathologie et dispositifs*, Issy-les-Moulineaux, Elsevier-Masson.
- Furtos, J. et C. Laval (2005). *La santé mentale en actes, de la clinique au politique*, Ramonville-St-Agne, Érès.
- Joubert, M. et C. Louzoun (2005). *Répondre à la souffrance sociale : la psychiatrie et l'action sociale en cause*, Ramonville-St-Agne, Érès.
- Laval, C. et E. Renault (2005). « La santé mentale, une préoccupation partagée, des enjeux controversés » in Furtos, J. et C. Laval (2005). *La santé mentale en actes, de la clinique au politique*, Ramonville-St-Agne, Érès.
- Melman, C. (2002). *L'homme sans gravité : jouer à tout prix*, Paris, Denoël.
- Renault, E. (2008). *Souffrances sociales, sociologie, psychologie et politique*, Paris, La Découverte.

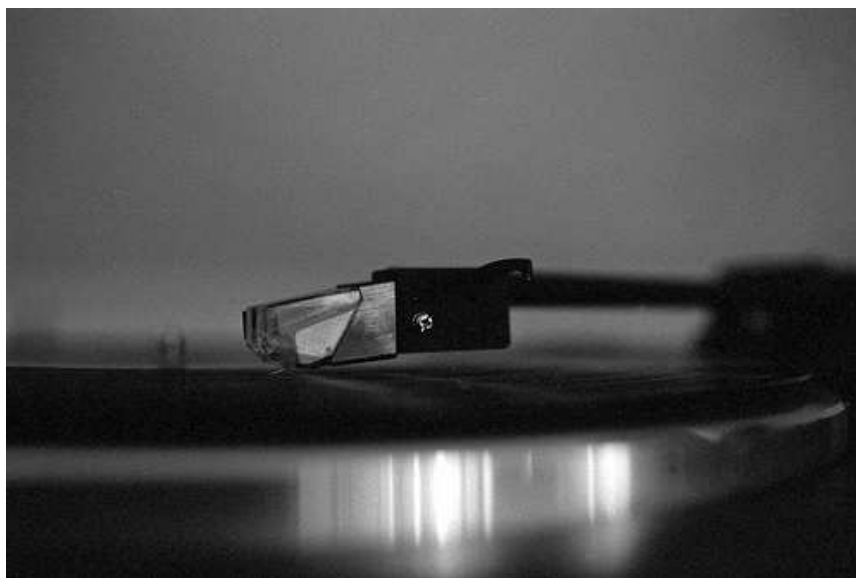
Au-delà du corps et de la psyché

DOSSIER

Quand on s'intéresse à la formation des psychiatres, on se sent submergé par la diversité des notions, la pluralité des approches et les méandres de l'histoire de la discipline. On au-

rait du mal à former un cardiologue sans qu'il soit indispensable de bien connaître l'organe du cœur, un endocrinologue sans qu'il soit nécessaire de bien connaître le fonctionnement des glandes et ainsi de suite pour chacune des spécialités jusqu'à la formation intégrative du

médecin de famille. Il en est autrement pour la psychiatrie. On peut être psychiatre ou exercer la psychiatrie sans savoir où est localisé le plexus et sans se souvenir de la deuxième topique de Freud. Pourtant, ces deux notions ap-



Monsieur Celcius, 2010. Certains droits réservés

partiennent à un savoir partagé, lié, d'une part, au cerveau qu'un psychiatre devrait connaître et, d'autre part, à la psyché qu'un psychothérapeute doit se représenter. Si la psychiatrie n'a pas d'organe en tant que tel, c'est parce qu'elle peut aussi s'en passer et qu'à bien des moments de son évolution, elle a plutôt privilégié le rôle du social tout en étant susceptible parfois de se laisser emporter par des modes, tels la désinstitutionalisation et le rétablissement. La pluralité d'approches et les méandres historiques qu'a connus la psychiatrie sont cependant traversés par un fil conducteur : le rapport, parfois malaisé, entre notre discipline et

Emmanuel Stip

*Directeur
Département de psychiatrie
universitaire
Université de Montréal*

Alain Lesage

*Professeur
Département de psychiatrie
universitaire
Université de Montréal*

*Directeur scientifique adjoint
Centre de recherche
Fernand-Séguin
Hôpital Louis-H. Lafontaine*

DOSSIER

« on peut se demander si la psychiatrie n'est pas davantage une imposture qu'une véritable discipline scientifique. En tant que discipline, elle ne se définit pas par son noyau, mais par ses limites ou ses franges. »

les sciences du social.

Lors de son année sabbatique, l'un de nous a parcouru et reparcouru, troublé *ad nauseam*, les rues du *Downtown Eastside* de Vancouver, délaissant la plage étudiante et le campus riche et aéré de l'Université de la Colombie-Britannique où l'on enseigne la psychiatrie et l'imagerie cérébrale. Outre l'existence d'une véritable sémiologie de mouvements, de mélanges de mots de différentes langues et d'agitations bousculant la circulation et le trafic des *pushers*, on y apercevait les activités discrètes d'intervenants de rue, de psychiatres prescripteurs et d'infirmières de terrain. Tout grouillait dans ce monde aux traits infameux. Pendant ce temps, d'autres psychiatres et psychologues s'occupaient des athlètes pour la Vancouver « olympique » afin de mieux gérer le stress et le fantasme de la médaille d'or.

Avec sa diversité d'approches et ses méandres historiques, on peut se demander si la psychiatrie n'est pas davantage une imposture qu'une véritable discipline scientifique. En tant que discipline, elle ne se définit pas par son noyau, mais par ses limites ou ses franges. Autrement dit, ce n'est pas une science centrifuge, mais plutôt centripète. Elle s'enrichit dans sa propre définition de domaines connexes et frontaliers, comme la médecine, l'épidémiologie, la philosophie, la sociologie et l'anthropologie. Il suffit de retracer le lien qui l'unit aux sciences humaines pour réaliser que bien des progrès en sont redevables : la philosophie et la phénoménologie (avec Jasper, Tellenbach et Minkowski), le nomadisme (avec Deleuze et Guattari), l'anthropologie (avec Corin et Bibeau), la sociologie (avec Durkheim), la linguistique (avec Lanteri-Laura, Lacan et Lecours), le cinéma (avec le psychiatre Dino Risi) et la peinture (avec les Impatients et Dubuffet). En bref, la psychiatrie se définit par ses marges. En se positionnant à la frontière avec d'autres disciplines, la psychiatrie peut contribuer à la construction de nouvelles entités disciplinaires dont la particularité est d'être, justement, « transfrontalières ». C'est le cas, selon nous, de la « psychiatrie sociale ». Si la psychiatrie est une imposture, elle est une imposture qui rend service à la société.

Un art

La psychiatrie sociale, qu'il conviendrait de décrire maintenant comme discipline et comme mouvement, constitue un des points d'interface entre la psychiatrie et la sociologie. Alex Leighton en a été une figure de proue, tout en étant un acteur central de l'épidémiologie psychiatrique, de l'anthropologie psychiatrique et de la psychiatrie transculturelle aux États-Unis et au Canada. Il a été témoin de l'évolution de la psychiatrie sociale qui s'est divisée en deux courants dans les dernières décennies, soit la psychiatrie transculturelle et la recherche sur les services. Ces deux branches ont été alimentées par l'épidémiologie, l'anthropologie et la sociologie. Même si Leighton a évolué dans une période de domination de la psychanalyse en Amérique du Nord, au point où presque chaque chef de département de psychiatrie aux États-Unis se devait d'être un psychanalyste, il



Elievanhoute, 2009. Certains droits réservés

a été formé en clinique par Adolf Meyer, qui proposait l'approche individuelle de l'histoire de cas. Avec un aller-retour entre l'observation et les connaissances émergeant des sciences médicales, de la sociologie et de la psychologie, il s'agissait d'une méthode davantage qualitative que quantitative. Considéré comme l'un des fondateurs de la psychiatrie américaine, Meyer n'utilisait les théories psychodynamiques que pour aider à formuler la problématique et les hypothèses diagnostiques en lien avec ce que vivait la personne. Il prônait une formulation individuelle qui ressemble à la formulation « culturelle » maintenant mise de l'avant et qui sera intégrée dans le DSM-V dès 2013.

Ceci illustre comment, au niveau individuel, la pratique de la médecine et de la psychiatrie clinique, suivant l'exemple de Meyer, est une approche non pas quantitative et normalisante, mais qualitative. Il s'agit d'un art, l'art de la médecine, que chaque clinicien ne maîtrise pas pareillement et qui court le risque d'être davantage guidé par des grilles pré-établies que par l'histoire de la personne et l'apport de l'équipe et de la communauté qui l'entourent. Créer un centre clinique de psychiatrie sociale, c'est se placer à la croisée de la santé mentale et du lien social avec les personnes souffrant de troubles mentaux graves. Enseigner une telle pratique exige des étudiants et des médecins de prendre en compte la souffrance psychique dès lors qu'elle surgit sur les lieux du social, en lien, par exemple, avec le travail, l'appauvrissement et le logement. La différence entre pathologie psychiatrique et souffrance psychique

SE PLACER À LA CROISÉE DE LA SANTÉ MENTALE ET DU LIEN SOCIAL

n'est plus pertinente. En suivant Furtos (2008), on se trouve dans une filière sociale qui fait identité : « Les formes cliniques d'expression de la souffrance s'étaient sur la perte des objets sociaux et sur les formes d'aide et d'assistance qui y répondent » (p. 32).

Activisme

Au Centre de recherche Fernand-Séguin (à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine), il existe depuis près d'une dizaine d'années une unité de recherche en psychiatrie sociale. La psychiatrie sociale est définie par le centre comme étant fondée sur :

« la reconnaissance de l'impact des facteurs de l'environnement social sur la vie des personnes souffrant de troubles mentaux ; sur le cours des désordres mentaux ; sur l'éclosion des troubles mentaux ; dans l'étiologie des troubles mentaux ; dans l'épistémologie, la façon de définir les troubles mentaux. »

Pour le centre, comme dans le cas de la médecine sociale et préventive, « l'épidémiologie et les méthodes de recherche clinique demeurent des outils de choix pour explorer l'influence des déterminants sociaux de la condition des personnes souffrant de troubles mentaux ». Désirant « agir pour améliorer le sort des personnes souffrant de troubles mentaux », les scientifiques et cliniciens « se regroupent autour d'un réseau de la psychiatrie sociale ». C'est ainsi qu'un certain « activisme social, proche de la santé publique [...] fait partie de la motivation en psychiatrie sociale [et] confère donc un côté

résolument appliqué à beaucoup des travaux de recherche ».¹ Cette mise en contexte permet de situer la place de la psychiatrie sociale à l'intérieur de ce centre. Les champs d'intérêts de la recherche sont vastes et l'équipe ne peut prétendre tout couvrir. On peut identifier depuis les quatre dernières années trois pôles de recherche, soit la recherche sur les services, sur l'épidémiologie des troubles mentaux et sur le suicide. L'équipe de chercheurs est multidisciplinaire avec des représentants de la psychiatrie, de la psychologie, des sciences infirmières, de la sociologie, de l'anthropologie, de l'épidémiologie et de la santé publique.

En Europe, en particulier en Angleterre, en Allemagne, aux Pays-Bas et dans les pays scandinaves, on retrouve des unités non pas de recherche, mais de clinique de psychiatrie sociale. Elles correspondent aux cliniques de psychiatrie communautaire connues antérieurement au Québec et en France, surtout à l'époque où elles étaient actives dans la communauté et enlignées sur les mouvements sociaux progressistes. Par exemple, tout près du centre-ville de Montréal, le centre de santé mentale de l'Hôpital St-Luc a été à l'origine de ressources communautaires et de la *Revue Santé mentale au Québec*. Cette psychiatrie sociale entretient des liens avec la médecine sociale et préventive ainsi qu'avec les médecins œuvrant en santé publique. On n'a qu'à penser aux médecins associés à la clinique l'Actuel, à ceux qui se sont récemment objectés à l'établissement d'un casino dans le sud-ouest de Montréal ou à ceux qui sont engagés auprès des jeunes de la rue. Dans les facultés de médecine québécoises, la médecine sociale et préventive représente presque une faculté en soi, distincte de la médecine spécialisée, et rapprochée de la médecine familiale. Dans des facultés de médecine plus « communautaire », comme la Faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke, on retrouve une plus grande intégration de la médecine familiale avec la médecine sociale et préventive.

Déraillement

La psychiatrie sociale est un rappel qu'au-delà du corps et de la psyché, il y a une nécessité

d'interpréter le déraillement de la santé mentale en termes de faits sociaux. L'antipsychiatrie, les mouvements de psychiatrie communautaire en Abitibi dans les années quatre-vingt et la psychiatrie « urbaine » enseignée à l'Université Columbia (pratiquée dans les rues de New York, Montréal et de Vancouver) ont d'ailleurs réitéré cette nécessité. Il ne s'agit pas de transformer les questions sociales et politiques en questions psychiatriques, mais de reconnaître leurs effets sur la souffrance psychique. En reprenant le terme du philosophe Emmanuel Renault, Furtos parle d'une « clinique de l'injustice ». Nous avons donc beaucoup à faire avec une discipline psychiatrique qui, bien que nous l'ayons présentée de façon provocatrice comme une imposture, se met au service d'une lecture et d'une intervention dont l'objectif général est d'aider à ce que les personnes ne soient pas « couchées » et coupées d'autrui, mais « debout », en contact avec elles-mêmes et avec les autres. Pour réaliser cela, la psychiatrie doit demeurer critique ; d'abord d'elle-même, mais aussi du système de santé qui cloisonne et des corporatismes qui isolent. La psychiatrie doit demeurer en question.² Elle doit, par essence, demeurer insatisfaite.

Notes

1. Voir le site web du Centre de recherche Fernand-Séguin à l'adresse suivante : <http://www.hlhl.qc.ca/recherche.html>
2. Voir Lalonde, P., Lesage, A. et L. Nicole (2009). *La psychiatrie en question. Choix de textes en hommage au professeur Frédéric Grunberg*, Montréal, Presses de l'Université de Montréal.

Furtos, J. (2008). *Les cliniques de la précarité : contexte social, psychopathologie et dispositifs*, Issy-les-Moulineaux, Elsevier-Masson.

Les communautés de pratiques en santé mentale

PRATIQUES

Depuis une quinzaine d'années, la littérature scientifique a documenté l'existence de communautés de pratiques dans des domaines aussi variés que le commerce, l'enseignement, la recherche, la santé, les métiers techniques et le milieu légal. Nées de la nécessité, les communautés de pratiques sont parfois si informelles qu'elles passent inaperçues auprès des directions institutionnelles. Transcendant les organisations, elles peuvent

regrouper des personnes œuvrant dans des milieux de travail très différents mais partageant des valeurs et des savoirs communs. La collaboration établie a un double sens : soutenir ses membres et améliorer les pratiques. Cette collaboration génère un savoir-expert pragmatique qui se distingue souvent des modèles d'expertise prônés hiérarchiquement dans les institutions. Cette « intelligence collective », spécifique et inductive, se caractérise par sa spontanéité, sa souplesse et sa créativité (Boud et Middleton, 2003 ; Cox, 2005 ; Gabay et Le May, 2004 ; Lesser et Storck, 2001 ; Mallinson et al., 2006 ; Tagliaventi et Mattarelli, 2006 ; Thompson, 2005 ; Wenger, 1998 ; Wenger et Snyder, 2005 ; Wenger et al., 2002 ; 2009).

À titre d'exemple, Wenger, un auteur majeur



Visualpanie, 2009. Certains droits réservés

dans ce courant de pensée, a documenté la pratique de techniciens aux prises avec des décisions difficiles à prendre dans le domaine de l'évaluation des sinistres (assurances). Il constate que ces praticiens, parfois de compagnies différentes, vont se croiser fréquemment sur le terrain, se voir lors de divers événements, et apprendre à mieux se connaître en discutant informellement des problèmes rencontrés (*war stories*). Avec le temps, ils forment un véritable réseau capable de contribuer à la recherche de solutions. L'ethnographe Julian Orr (1996) a de son côté examiné le travail des techniciens réparant des appareils de bureau, tels les photocopieurs à haut rendement. Ces techniciens sont confrontés à des machines « multiproblématiques » qui ont déjà été réparées à plusieurs reprises, parfois avec des pièces démodées ou disparues, et pour les-

Mario Poirier

Psychologue
Professeur titulaire
UQAM (Télug)

Superviseur clinique
CAU-CSSS Jeanne-Mance

Membre du CREMIS

quelles les manuels d'instruction sont absents ou devenus caducs. Face à ces défis et devant des clients de plus en plus insatisfaits, ils outrepassent parfois les frontières organisationnelles et les chaînes de direction de leurs entreprises pour s'informer constamment auprès de leurs pairs, dont certains œuvrant dans des entreprises concurrentes, pour tenter de venir à bout des réparations à effectuer. Trois questions les animent sans cesse : « que dois-je savoir ? », « que puis-je faire ? » et, surtout, « qui peut m'aider ? ». En bout de ligne, l'efficacité de chacun dépend de l'étendue, de la diversité, de la richesse et de la créativité de cette communauté de pratiques.



Les principales caractéristiques

En s'inspirant de la littérature scientifique, on peut proposer la définition suivante : « Une communauté de pratiques est un groupe informel de travailleurs qui essaient d'être efficaces et de progresser dans leurs pratiques, en interagissant librement pour apprendre, s'entraider, se soutenir et se développer ». Elle est donc formée de deux ingrédients distincts qui se complètent : la communauté, certes, mais dans un contexte axé sur une pratique, sur un travail à faire. À l'image d'une adaptation organique, ces communautés surgissent là où les circonstances l'exigent, quand les praticiens sont aux prises avec des problèmes complexes, des questions sans réponses.

Les communautés de pratiques se distinguent des simples regroupements informels de collègues partageant des loisirs, faisant des sorties ensemble. Ce n'est pas seulement un groupe de camarades. La communauté se constitue quand il faut compter sur d'autres pour réussir dans son propre travail. C'est la présence de limites dans la capacité d'action qui stimule son émergence. Si une camaraderie peut croître de ces échanges, l'objet de l'échange reste en bout de ligne centré sur la question de départ, la difficulté rencontrée sur le terrain.

Une communauté de pratiques n'est pas une équipe spécifique régie par une direction. Il ne s'agit pas même d'équipes élargies dans le cadre de contrats de services ou de partenariats interinstitutionnels bien campés. Elle n'est pas « dirigée » au sens traditionnel ; elle n'appartient à personne et n'est généralement pas l'objet d'ententes explicites. Enfin, une communauté de pratiques n'est pas constituée en fonction de buts éloignés ou extérieurs au travail quotidien. Tout en relevant de l'ordre du collectif, l'objet est résolument limité au terrain, avec ses difficultés concrètes et ses solutions pragmatiques.

La communauté de pratiques n'est évidemment pas une panacée à tous les maux, ni un nouveau mécanisme qu'on peut implanter *urbi et orbi*. Il ne faut pas en exagérer les vertus : des difficultés vont perdurer, des questions rester sans réponse, des cas rester insolubles. Toutefois, la littérature révèle plusieurs niveaux de bénéfices. Au plan individuel, une communauté de pratiques tend à accroître la satisfaction au travail, à améliorer les compétences et à permettre un meilleur soutien interpersonnel. Au plan collectif, elle favorise le partage des savoirs, la capacité de résolution de problèmes et la consolidation des pratiques. Enfin, au niveau des organisations, elle stimule l'innovation, accroît l'efficacité et améliore le climat de travail.¹

L'intervention en santé mentale

Les intervenants en santé mentale sont aux prises avec des problèmes cliniques difficiles à cerner, des interventions difficiles à faire, des

concertations complexes à réaliser. Au fil des décennies, des efforts ont été faits pour favoriser l'éclosion d'équipes de plus en plus compétentes et de nouveaux cadres favorisant le partenariat. Paradoxalement, cet effort pour abaisser des murs et percer des fenêtres, a contribué à rendre plus complexe le travail quotidien, juxtaposant de plus en plus à la pratique clinique des tâches administratives. Les silos d'antan qui isolaient les milieux ont certes éclaté dans plusieurs contextes, mais le résultat a généré un autre type de complexité. Malgré la bonne volonté des uns et des autres, le travail sur le terrain reste difficile, la concertation reste énigmatique et les intervenants sont toujours à risque de s'épuiser. La société a aussi changé au fil des décennies : la clientèle se diversifie et les problématiques s'alourdissent. Malgré les avancées scientifiques, les outils sont limités et les résultats, modestes. Les praticiens font de leur mieux pour venir en aide mais ce ne sont pas des magiciens.

Ce terreau est favorable à l'éclosion de communautés de pratiques. Elles s'alimentent auprès de collègues à l'interne, mais aussi à l'externe auprès de partenaires dans divers organismes optant pour des approches similaires, tout cela au hasard des rencontres, des échanges téléphoniques, des colloques, des formations et des activités de ressourcement. Les nouvelles technologies peuvent jouer un rôle, en facilitant par exemple l'accès à l'information et les échanges par courriels. Concrètement, un intervenant prendra ses décisions cliniques à la lumière des réunions d'équipe et des supervisions mais aussi dans le cadre d'échanges beaucoup plus informels avec ses pairs, et ce non seulement à l'interne (conversations dans les couloirs, les bureaux) mais aussi parfois bien au-delà des murs de l'organisation (professionnel d'une autre institution, partenaire du milieu communautaire, praticien formé à la même école clinique, etc.).

Ces réseaux passent par diverses étapes. Ils peuvent être évanescents, fragiles, temporaires. C'est toutefois quand ils se structurent davantage qu'on peut vraiment parler de communautés de pratiques. Celles-ci peuvent rester assez marginales ou encore, « s'installer »

« une communauté de pratiques n'est pas constituée en fonction de buts éloignés ou extérieurs au travail quotidien. Tout en relevant de l'ordre du collectif, l'objet est résolument limité au terrain, avec ses difficultés concrètes et ses solutions pragmatiques. »

PRATIQUES

vigoureusement dans un milieu et devenir dominantes, au point d'être déterminantes dans bon nombre d'interventions. C'est le cas, par exemple, du milieu des travailleurs de rue, où les intervenants se connaissent et s'interpellent fréquemment, même s'ils œuvrent pour des organismes différents. Il en est de même pour les centres de crise, où il est important d'avoir de solides liens avec les ressources environnantes, tant dans le réseau public que communautaire, pour les suivis communs et les références. La concertation est également le pain quotidien de bien des praticiens, comme les infirmières de liaison, les intervenants-pivots, les intervenants des suivis intensifs et les organisateurs communautaires. Ces réseaux plus ou moins fluides et mobiles, peuvent donner naissance à des groupes plus stables, comme des comités de tâches et des tables de concertation. Enfin, ces communautés peuvent avoir ou non l'aval formel des instances décisionnelles. Il arrive que tout cela se fasse sous le radar des diverses administrations.

Dans une recherche antérieure, nous avons documenté une communauté de pratiques assez structurée : le CCC, ou « Continuity of Care Committee », qui existait déjà depuis une dizaine d'années dans l'ouest de Montréal (Poirier *et al.*, 1998; 1999). Ce regroupement formé de praticiens a élaboré une véritable culture de concertation. Ils se rencontraient au besoin durant l'année, en plus de communiquer constamment entre eux selon les nécessités des divers plans d'intervention, des actions communes et des références cliniques. Une réunion pouvait aussi bien comprendre le psychiatre et la travailleuse sociale de l'hôpital régional, que des infirmières de liaison, des professionnels de l'un ou l'autre des quatre CLSC, des intervenants du centre de crise ainsi que des intervenants de groupes communautaires, y compris d'un organisme dédié à la défense des droits. Au fil des ans, il s'est établi un réel climat de confiance entre tous ces partenaires, accroissant l'efficacité clinique et une meilleure cohérence des services. Bien sûr, il se présentait aussi des difficultés, la concertation impliquant parfois des choix difficiles, suscitant des débats sur les orientations et les

pratiques, et rencontrant parfois des « Waterloo » cliniques devant des problématiques particulièrement explosives ou complexes. Certains freins étaient liés aux particularités même des services de santé – par exemple, la nécessité de maintenir une certaine confidentialité dans les échanges cliniques ou encore le rôle légal spécifique de la psychiatrie dans les décisions reliées aux prises en charge institutionnelles.

L'évolution des communautés de pratiques

Que faire avec les communautés de pratiques ? Au plan de la recherche, plusieurs questions se posent, tout particulièrement dans les domaines peu explorés comme la santé mentale : quels sont les réseaux en place, comment sont-ils constitués, comment ont-ils émergé et comment évoluent-ils dans le temps ? Quelle visibilité ces réseaux ont-ils et comment peuvent-ils s'articuler avec les mécanismes de travail d'équipe, de coordination clinique et de partenariat formels (ententes de services) ? Quels impacts ces communautés ont-elles sur la satisfaction et la récurrence des clientèles, tout particulièrement dans le cadre des problèmes les plus complexes ? Enfin, en quoi ces réseaux peuvent-ils contribuer à mieux soutenir les intervenants et à susciter leur créativité ?

Au plan de la pratique, intervenants et gestionnaires désirant contribuer à l'essor d'une communauté de pratiques efficace doivent bien saisir que sa nature libre et informelle en constitue le moteur. Déléguer un peu au hasard quelqu'un pour participer à une communauté de pratiques ou encore tenter d'en créer une soi-même de toute pièce risque fort d'être voué à l'échec. Une culture ne se commande pas. Il faut plutôt gérer par la confiance et encourager la libre participation. Toute mesure permettant aux intervenants de rencontrer d'autres praticiens, y compris dans d'autres milieux, par des séminaires ouverts, des colloques, des échanges de terrain, contribuera certainement au dynamisme de ces communautés. Encore faut-il que les intervenants, déjà débordés, saisissent bien les avantages qu'ils peuvent en retirer. Ainsi, il faut se demander si les intervenants auront assez de temps pour pousser plus

loin les échanges et approfondir les pratiques. Le temps est un facteur déterminant et l'on croit souvent que c'est en surchargeant l'agenda qu'on est le plus efficace. Toutefois, l'efficacité ne se mesure pas tant aux statistiques de fréquentation qu'aux réels succès obtenus auprès de la clientèle : consacrer un peu plus de temps à un dossier, maximiser les échanges, approfondir la concertation demande un certain investissement de temps, c'est bien vrai, mais tout cela peut devenir très rentable dans la prévention des échecs cliniques et des récurrences (chronicité, portes tournantes).

Note

1. Voir notamment à ce sujet : <http://www.travail.gouv.qc.ca/innovations/organisationtravail/partage/patagesavoirscommun.html>

- Gabbay, J. et A. Le May (2004). "Evidence based guidelines or collectively constructed mindlines? Ethnographic study of knowledge management in primary care", *British Medical Journal*, 329(7473) : 1013-1019.
- Ledeman, R., Meyerkort, S. et L. White (2005). "Emergent modes of work and communities of practice", *Health Services Management Research*, 18(1) : 13-24.
- Lesser, L. E. et J. Storck (2001). "Communities of practice and organizational performance". *IBM Systems Journal*, 40(4) : 831-841.

- Mallinson, S., Popay, J., Kowarzik, U. et S. Mackian (2006). "Developing the public health workforce : a communities of practice perspective", *Policy and Politics*, 34(2) : 265-285.
- Orr, J. E. (1996). *Talking about machines. An ethnography of a modern job*. Ithaca, Cornell University Press.
- Poirier, M., Larose, S., Ste-Marie, F., Rosenberg, L. et B. Ritzhaupt (1999). « Splendeurs et misères de la concertation locale en santé mentale : un regard du terrain », *Revue canadienne de santé mentale communautaire*, 18(2) : 113-129.
- Poirier, M., Ritzhaupt, B., Larose, S. et D. Chartrand (1998). « Case Management, le modèle de l'ouest de l'île de Montréal », *Santé mentale au Québec*, 23(2) : 93-118.
- Tagliaventi, M. R. et E. Mattarelli (2006). "The role of networks of practice, value sharing, and operational proximity in knowledge flows between professional groups", *Human Relations*, 59(3) : 291-319.
- Thompson, M. (2005). "Structural and epistemic parameters in communities of practice", *Organization Science*, 16(2) : 151-164.
- Wenger, E. (1998). *Communities of practice. Learning, meaning and identity*, Cambridge, Cambridge University Press.
- Wenger, E. et W. Snyder (2000). "Communities of practice : the organizational frontier", *Harvard Business Review*, Janvier-Février : 139-145.
- Wenger, E., McDermott, R. et W. Snyder (2002). *Cultivating communities of practice. A guide to managing knowledge*. Cambridge, Harvard Business School Press.
- Wenger, E., White, N. et J. Smith (2009). *Digital habitats. Stewarding technology for communities*, Portland, CP Square Press.

Les milieux du CREMIS

**Respect et résistance :
L'expérience de travailleurs immigrés au Québec**

Conférence par Eric Shragge et Jill Hanley

Mercredi le 26 mai 2010
12h à 13h 30
CREMIS, 1250 rue Sanguinet
Salle 451
www.cremis.ca

Ydriot 2008. Certains droits réservés

Façonner le cadre

Kristell Vario

Ergothérapeute
CAU-CSSS Jeanne-
Mance

Certaines personnes que je rencontre chaque semaine sur le territoire du CSSS Jeanne-Mance en tant qu'ergothérapeute ont un salaire et vivent aisément, mais la majorité sont des personnes âgées bénéficiaires de la pension de vieillesse, des adultes handicapés prestataires de l'aide sociale ou encore, des parents qui ont dû renoncer à leur emploi pour prendre soin de leur enfant handicapé et qui rencontrent des difficultés pour se nourrir et se loger convenablement. Ces conditions de vie, sur lesquelles l'ergothérapeute n'a pas d'emprise, ont un impact sur la santé qui m'intéresse. Lorsqu'une personne quitte son emploi pour pouvoir prendre soin de son fils, de sa fille, de son père ou de sa mère, elle se coupe alors d'une source de revenu et d'un réseau social qui pourraient lui apporter du support. Comment subvenir aux besoins d'une famille ou d'une personne handicapée lorsque la seule source de revenu disparaît ?

En raison de leur faible niveau d'éducation, certaines ont besoin de notre aide pour compléter les démarches administratives complexes. Des problèmes sont également propres à l'intervention auprès de certaines personnes immigrées. Ne parlant ni anglais ni français, il est nécessaire de faire intervenir un interprète lors des rencontres ; au mieux, nous recevons l'aide d'un membre de la famille. La divergence de cultures et de valeurs peut interférer dans la relation thérapeutique et l'offre de services. Par exemple, un homme peut refuser le service d'aide à la douche donné par une femme et refuser le service de répit pour sa mère si la personne aidante ne parle pas sa langue. Ces refus engendrent parfois d'autres répercus-

sions telles que l'épuisement de l'aidant naturel. Comment prendre soin d'une personne lorsque l'on est soi-même mal ou épuisé ?

Plusieurs questions émanent de ma pratique auprès de la population. Quel est le niveau de satisfaction des usagers des services des CLSC et qu'en est-il de ceux qui n'ont pas de service ? Sont-ils en attente ou n'en désirent-ils pas ? Une corrélation est établie entre la pauvreté des personnes âgées du territoire et les maladies chroniques,¹ mais qu'en est-il des adultes handicapés du territoire et des autres territoires de Montréal ? Présentent-ils plus de maladies chroniques, de pathologies évolutives (sclérose en plaques, fibromyalgie) ? Les déménagements sont nombreux sur le territoire. Sont-ils souhaités ou imposés (éviction pour insalubrité, non-paiement du loyer, augmentation du coût de la vie) ?

Devant une telle diversité de personnes, de situations et de pathologies, il est important de maîtriser et développer ses connaissances. L'intervention au domicile de la personne nous oblige à nous adapter à un environnement humain et architectural différent à chaque visite. Face à la charge de travail demandée et aux exigences de résultats – nous avons une liste de quatre-vingt-dix personnes en attente de service – il faut plus qu'un diplôme. La formation initiale en ergothérapie nous donne les bases théoriques pour analyser et répondre

aux questionnements qui surviennent, mais rien ne vaut le travail dans le milieu pour se former.

Le travail dans le milieu

L'ergothérapie signifie par étymologie la thérapie par l'activité. Cette dernière en constitue l'objet d'expertise et le moyen thérapeutique. L'ergothérapeute évalue les conséquences des



PRATIQUES

« Comment subvenir aux besoins d'une famille ou d'une personne handicapée lorsque la seule source de revenu disparaît ? »

problèmes de santé physique ou mentale d'une personne, les impacts de l'environnement humain ou architectural sur la réalisation de ses activités et son niveau d'autonomie. Par l'activité, elle va également favoriser la récupération des capacités fonctionnelles perdues et/ou les compenser. Les ergothérapeutes peuvent pratiquer dans des milieux et auprès de clientèles très variées, allant d'une unité gériatrique de courte durée dans un hôpital à un programme locomoteur dans un centre de réadaptation. Certains ergothérapeutes ont, comme moi, choisi un CLSC comme lieu de pratique. Après avoir travaillé plus de dix ans dans des services

de réadaptation, j'ai intégré le service d'ergothérapie rattaché au programme de Soutien au Domicile du CSSS Jeanne-Mance, dans lequel je travaille depuis un an avec quatre collègues. Ce service vise à évaluer les personnes qui présentent une perte d'autonomie ou des incapacités physiques, cognitives ou psychologiques pour déterminer leur aptitude à vivre au domicile, leur besoin de services d'aide personnelle, technique ou d'adaptation domiciliaire. J'ai le sentiment d'avoir trouvé le milieu de travail où ma raison d'être ergothérapeute est la plus pertinente.

L'ergothérapie, c'est du « cent pour cent » relationnel ; nous ne pouvons pas intervenir s'il n'y a pas une relation de confiance qui s'établit. Dans notre pratique, nous sommes constamment confrontées à différents enjeux, que ce soit dans le contact avec les populations ou encore, dans l'organisation des services. Pour élaborer une offre de services et des pratiques centrées sur les personnes et leurs besoins, il serait, à mon sens, pertinent de mieux connaître les populations auprès desquelles nous intervenons.

Le thé

Mon travail consiste à rechercher des solutions

avec les personnes pour optimiser leur niveau d'autonomie dans leurs activités. Elles sont orientées vers le service d'ergothérapie soit de l'externe (hôpitaux, centres de réadaptation ou par la personne elle-

même) en passant par l'accueil central du CSSS, soit de l'interne par un membre de l'équipe interdisciplinaire au moyen d'une référence interprofessionnelle. Les motifs de référence peuvent être une difficulté à se relever du lit ou de la toilette, à embarquer dans la baignoire, à se préparer un repas, à faire son ménage, un risque d'incendie ou encore, une plaie. Les personnes peuvent présenter des pathologies aussi variées qu'un accident vasculaire cérébral, une sclérose en plaques, une obésité morbide, un cancer ou une maladie pulmonaire chronique.

L'ergothérapeute attitrée à la personne procède à un premier contact téléphonique afin de fixer une date de rencontre pour débiter l'évaluation des problèmes. Deux options sont alors possibles : elle est soit l'intervenante secondaire, soit la première intervenante au dos-

sier (« l'intervenante-pivot »). Dans le premier cas, l'ergothérapeute procède simplement à son évaluation unidisciplinaire. Dans le second

cas, elle débute par une évaluation globale avec l'Outil d'évaluation multi-clientèle afin de déterminer les besoins du client. Lorsque j'arrive chez quelqu'un, je dois accepter de ne pas



Vincepal, 2008. Certains droits réservés.

être ergothérapeute dans un premier temps. Je prends le temps de parler avec la personne. Certaines personnes âgées sont craintives ; elles croient n'avoir rien à gagner à se faire évaluer et ont peur de perdre leur logement. Elles sont chez elles et veulent y rester. Je ne leur fais pas passer un simple questionnaire d'évaluation mais je prends le temps de discuter avec elles tout en observant comment elles évoluent dans leur environnement. Je complète mes impressions cliniques en utilisant des outils d'évaluation standardisés. Je suis allée récemment chez une femme qu'un infirmier avait signalée comme une personne à risque en raison de déficits cognitifs en lien avec la maladie d'Alzheimer. Nous avons parlé et à un moment donné, je lui ai demandé si elle pouvait me préparer un thé. Elle n'a eu aucun problème à se servir du poêle et à faire bouillir de l'eau. Ensuite, j'ai complété un rapport d'éva-

luation qui a été joint au dossier de l'usager. L'entrevue donne une image, mais rien ne remplace l'observation des habitudes de vie pour obtenir des données pertinentes. Cette évaluation permet alors d'orienter la demande vers d'autres services professionnels ou de faire appel à des services d'aide à domicile. Elle va aussi confirmer le besoin de services en ergothérapie et permettre de faire le suivi qui s'impose.

Les demandes sont classées selon un ordre de priorités à partir de critères précis, afin que les plus urgentes, où l'on considère qu'il y a un risque pour l'intégrité de la personne, soient traitées en priorité. Notre crainte en tant qu'intervenant est la chute qui peut entraîner une hospitalisation, voire une incapacité à demeurer au domicile. Dans les faits, les chutes ne sont pas si fréquentes et s'il faut faire attention au risque, nous ne pouvons pas, non plus, mettre des tapis partout. Nous discutons des décisions à prendre et des installations à effectuer avec la personne. Il faut accepter de ne pas pouvoir tout contrôler.

Le cadre du domicile

Lorsque l'évaluation est complétée et le plan d'intervention élaboré en accord avec le client, les démarches débutent pour atteindre les objectifs établis. Dans une institution, la personne est d'emblée dans un cadre. À domicile, il faut souvent s'adapter à ce que souhaitent les personnes car le cadre est établi par ces dernières. Nous les voyons dans leur environnement et nous devons nous appuyer sur leurs besoins et habilités. C'est vraiment du cas par cas. Par exemple, les installations techniques sont parfois imposantes, ce qui peut poser des problèmes d'espace dans certains logements. J'ai le cas d'un couple qui vit avec leurs enfants dans un HLM. Ils étaient menacés de perdre leur logement car ils n'étaient pas assez nombreux pour le nombre de pièces. Les installations pour le père prennent toute une chambre ! J'ai joint une évaluation à leur dossier de pair avec la travailleuse sociale, ce qui leur a permis de rester.

J'ai aussi rencontré dernièrement une femme

de 80 ans qui, à la suite d'un accident vasculaire cérébral, a perdu beaucoup de sa mobilité. Nous devons revoir son programme d'exercices afin de renforcer la capacité motrice de ses mains. J'ai profité de ma présence chez elle pour discuter d'une situation qui a conduit à un désaccord avec l'auxiliaire qui l'aide à prendre son bain. Elle souhaite embarquer debout dans son bain alors que, selon la procédure, elle devrait le faire en position assise. Cette dame a un fort caractère et avant que nous arrivions à travailler ensemble, elle m'a déjà raccroché au nez ! Les choses doivent être faites comme elle le veut. Au fil de la discussion, nous avons convenu ensemble qu'il était plus sécuritaire de faire le transfert en position assise.

La majeure partie du temps, les démarches pour l'adaptation du domicile sont longues, car elles dépendent d'organismes extérieurs pour la recherche de financement (entre autres, le Programme d'aide sociale, l'Agence de santé et des services sociaux, les établissements fiduciaires, la Société d'Habitation du Québec et des associations) ou pour l'accomplissement des travaux (l'Office municipale d'Habitation de Montréal, les propriétaires). Les personnes demeurent ainsi dans ma charge de cas pour une longue période pendant laquelle le dossier est « ouvert », ce qui explique que nous soyons souvent sollicités pour des interventions de gestion de cas. Par exemple, sur mes quatre dernières visites, une concernait un renouvellement de carte d'assurance et une autre, l'évaluation des travaux ménagers en vue d'une demande de soumission ; démarches qui reviennent à l'intervenant qui a un dossier en cours avec la personne. Je passe donc beaucoup de temps à faire de la gestion de cas ou des interventions en tant qu'intervenante-pivot, qui sont éloignées de mon métier. Pourtant, d'autres besoins sont là et nous avons une liste d'attente conséquente pour l'évaluation ergothérapie.

« Dans une institution, la personne est d'emblée dans un cadre. À domicile, il faut souvent s'adapter à ce que souhaitent les personnes car le cadre est établi par ces dernières. »

PRATIQUES

Le virage

Je possède deux diplômes en ergothérapie, un diplôme universitaire en neuropsychologie, j'ai suivi des formations continues et j'ai dix années d'expérience. La gestion de ma charge de cas (intervenir auprès de 70 usagers) au quotidien peut me paraître cependant ardue même si je suis considérée comme experte dans ma profession.

En plus de ma pratique d'ergothérapeute, j'occupe des rôles dont les limites ne sont pas clairement définies, des rôles pour lesquels je n'ai pas eu de formation spécifique et qui peuvent m'amener à me sentir travailleuse sociale, éducatrice, infirmière ou auxiliaire familiale et sociale. Les rencontres de travail avec les membres de l'équipe favorisent les échanges sur la pratique clinique, donnent l'occasion de se former entre pairs, d'établir des stratégies d'intervention, de diffuser des informations

pertinentes pour notre travail et de trouver collectivement des solutions à nos problèmes.

Notre structure par discipline a récemment pris le virage de l'intersectorialité. Quelles seront les conséquences sur notre pratique ? Comment cette restructuration pourra-t-elle favoriser une pratique orientée vers un travail en équipe et des échanges interdisciplinaires tout en répondant aux besoins des populations ? De nouveaux défis attendent les ergothérapeutes – les novices comme les anciennes – pour façonner le cadre de leur pratique dans un contexte d'interdisciplinarité, tout en répondant aux exigences de leur ordre professionnel et aux besoins des populations.

Note

1. Voir le document *Quartier à la loupe, un portrait pour l'action* disponible en ligne à l'adresse suivante : http://www.santemontrreal.qc.ca/CSSS/jeannemance/docs/Quartiers_a_la_loupe.pdf

Les midis du CREMIS

Solidarités familiales et inégalités sociales Vers de nouveaux enjeux

Conférence par Marianne Kempeneers
et Isabelle Van Pevenage
Université de Montréal

Mercredi le 2 juin 2010
12h à 13h30
CREMIS, 1250 rue Sanguinet
Salle 451
www.cremis.ca

Le reflet du miroir

La réalité de l'après-séisme nous frappe en plein visage et révèle ce que plus d'un ont voulu fuir : la laideur de la pauvreté et de la misère, l'abandon de centaines de milliers de familles dans des zones en déréliction, le fossé entre riches et pauvres, entre nos élites politiques et économiques et le reste de la population. Le spectacle de ces tentes de fortune, de ces taudis, de ces enfants, de ces femmes enceintes, de ces vieillards, de ces personnes handicapées bref, de ces familles qui dorment à la belle étoile, sans espoir de se reloger dans une maison un jour, vient nous rappeler une fois de plus que nous ne sommes pas dans une république. La réalité sociale de notre pays ressemble à une jungle où règne le darwinisme. On ne peut pas parler d'universalité des droits. Malheureusement, cela ne commence pas avec le séisme du 12 janvier et je crains que cela ne s'envenime davantage compte tenu de l'attitude des autorités.

HORIZONS

Ilionor Louis

Port-au-Prince

*Sociologue
Centre de recherche et
de formation économique
et sociale pour le
développement
(CRESFED)*

*Agent de recherche
doctoral au CREMIS
2006-2007*

L'abandon des populations établies dans les campements est le reflet d'un abandon plus profond, se traduisant, au plan structurel, par le non-respect des droits sociaux, économiques et culturels de la population des bidonvilles. C'est aussi l'expression d'une citoyenneté frag-

mentée au sens où ces personnes disposent des libertés civiles et politiques et les exercent. Quand on en vient aux droits de vivre dans des logements décents, de manger à leur faim, de se faire soigner quand elles sont malades, de se vêtir décemment, de participer aux activités économiques de leur pays sans se faire exploiter, de pratiquer leurs croyances sans se faire harceler par d'autres sectes, ces droits ne sont pas respectés. Leur citoyenneté est fragmentée puisqu'elles ne peuvent jouir

que d'une partie de leurs droits. Les programmes de soulagement de la pauvreté comme les



Visualpanic, 2007. Certains droits réservés ©

HORIZONS

« [L'après-séisme] questionne la possibilité que se réduisent les inégalités sociales et que le pays retrouve sa souveraineté fragilisée. »

cash for work, les food for work ou ces fameux programmes de micro-crédit individualisés visent davantage à renforcer l'individualisme et la concurrence qu'à promouvoir les alternatives collectives. L'après-séisme devrait créer une opportunité pour qu'elles recouvrent leur citoyenneté. Il questionne la possibilité que se réduisent les inégalités sociales et que le pays retrouve sa souveraineté fragilisée.



Viviana Love, 2009. Certains droits réservés

Toutefois, la course aux profits sans contrôle, le renforcement de l'oppression sur les pauvres avec la hausse des prix des produits de première nécessité, la corruption et le court-circuitage des structures publiques étatiques par les puissances internationales pour réaliser des opérations jusque-là inexplicables à la population sont des indices selon lesquels l'après-séisme ne sera pas une opportunité de changement ou de transformation de notre système de société. Les habitants, traumatisés, sont plongés dans l'attentisme et la fatalité.

Le cumul

Attentisme, individualisme excessif, mentalités d'assistés, les mots ne manquent pas pour traduire les attitudes de la population des campements et des quartiers populaires. Les personnes sinistrées manquent d'eau potable, de médicaments, de nourriture, d'accessoires de toilette et ont besoin de tentes pour se loger.

Parmi elles, il faut citer celles qui se trouvent dans les

villes ébranlées par les conséquences du séisme, qui sont physiquement frappées ou affectées en raison de la perte d'êtres chers et de leurs biens. Mes observations m'ont permis de constater l'hétérogénéité de la population et des activités auxquelles elle s'adonne : vente de nourriture, de cigarettes, de piles, d'eau potable et d'alcool dans des commerces de fortune, vente de services cosmétiques, de manucure et de pédicure, recharge des téléphones portables à l'aide de génératrices, cela dans un véritable fétichisme du commerce de détail. Des femmes se prostituent à proximité de certains campements ; des armes et de la drogue sont en circulation. Dans les quartiers où il n'y a pas de campement, les gens dorment à la belle étoile sous des tentes, des couvertures ou à même le sol au beau milieu d'une ruelle. Le soir, c'est le temps de la prière. Les gens chantent, dansent, répètent des psaumes et font des prédications. Les adeptes du protestantisme (baptistes, pentecôtistes et adventistes, entre autres) voient dans ce séisme le signe de la colère de Dieu. Leur message s'adresse aux non-convertis et aux catholiques, ainsi qu'aux vodouisants, particulièrement visés et accusés d'être les serviteurs de Satan.

Dans les quartiers populaires comme dans les campements, les populations manifestent ce que Séguier et Dumas (2004) appellent des « conduites dissociées ». Chacun essaie de trouver des solutions à ses problèmes person-

nels : se loger, manger, se faire soigner, accéder à l'eau, se laver, donner à manger à ses enfants. Tous semblent avoir la préoccupation d'entreprendre des activités informelles de commerce devant l'absence de l'État et l'incapacité des organisations de la société civile et des ONG de répondre aux besoins de la population. La foi, la résignation et les assemblées de prière semblent constituer le principal référent des pauvres. Ils n'ont d'autre groupe d'appartenance que l'Église. L'avenir, le lendemain, tout est soumis à la volonté de Dieu et les « à demain » sont accompagnés d'un si « Dieu veut ». À la suite de ce tremblement de terre, beaucoup de gens croient qu'ils ont été épargnés par la grâce divine ; comme si Dieu n'avait pas voulu faire grâce à ceux qui sont morts.

Certaines personnes à qui j'ai parlé dans les quartiers populaires et les campements sont réticentes à participer à la formation d'organisations populaires. À Village de Dieu, bidonville situé en bordure du quai de Port-au-Prince, Jonas, un père de famille dont la maison a sombré au cours du tremblement de terre affirme :

« Je ne suis pas intéressé à participer à aucune forme d'organisation, parce que les organisations aident à résoudre seulement les problèmes d'une personne. Tu t'inscris à une organisation, puis le dirigeant de cette organisation entreprend des démarches ; si elles aboutissent, c'est pour lui, sa famille et ses amis que ça va fonctionner, ce n'est pas pour moi. Je ne suis pas intéressé par l'organisation. »¹

Cela me rappelle ce que quelques habitants de Cité de l'Éternel m'ont dit, il y a plus de deux ans, quand je faisais mon enquête de terrain lors de ma thèse. Eux, qui avaient préalablement participé à la formation d'un comité de quartier, semblaient le regretter pour les mêmes motifs. Maurice utilise la métaphore de l'oeuf pour expliquer le sort des participants aux rencontres organisées par les responsables des associations :

« Ils viennent ici nous dire : 'mon cher, nous allons organiser une réunion', ils vous disent qu'il y a un travail qui va démarrer, la réunion aura lieu tel jour à telle heure. Ils vous disent qu'il y a quelque chose qui va se faire et qu'ils aimeraient que tout le monde participe. Mais

quand ils vous disent cela, vous pourriez croire que c'est vrai. Vous pouvez marcher jusqu'à trois semaines dans des réunions. Mais quand tout est prêt pour que vous participiez vraiment, ce sont trois à quatre personnes, des gens portant des chaussures en cuir et des vêtements de tissu qui participent. Ces gens sont écoutés, mais vous, vous n'êtes plus appréciés. Alors vous, quand vous le voyez comme ça, vous dites 'donc je ne vais pas participer'. C'est comme une poule qui a pondu des œufs et qui n'a pas de poussin. Elle se lève sans ses poussins. C'est ainsi que nous vivons nous-mêmes. »²

Le refus de ces personnes de participer à des associations s'explique en partie par la corruption au sein même des comités de quartier qui militent seulement pour obtenir le financement de microprojets, c'est-à-dire des projets à portée très limitée pour le bidonville. En général, ces projets sont gérés par le comité de quartier lui-même. Outre la déception consécutive à la participation à un comité de quartier, il y a la foi prometteuse d'un lendemain meilleur et l'intériorisation des valeurs dominantes telles que *tout moun pa ka rich* (tout le monde ne peut pas être riche), *m pa fè politik* (je ne fais pas de politique), *kapab pa souffri* (les courageux ne souffrent pas) et « tout à Jésus ». Ainsi, les populations marginalisées se versent dans la fatalité, le « Bon Dieu Bon », les « conduites-refuges » comme, par exemple, le jeûne, la prière, l'absence de participation à des actions politiques et le manquement aux devoirs civiques. Cet attentisme est nourri à la fois par certaines ONG et par les transferts d'argent et de nourriture de la part des parents ou des amis de l'étranger. Ainsi, une partie de la population développe un habitus de la fatalité et de l'attentisme vis-à-vis de l'autre, soit Dieu, l'État, des parents et des amis à l'étranger ou encore, des ONG. Une mentalité d'assisté se développe de plus en plus.

Les populations marginalisées ne sont pas les seules à développer cet attentisme. L'État, les partis politiques et certaines organisations de la société civile se révèlent dépendants de la solidarité de la communauté internationale pour réaliser leurs activités. Pour élaborer le budget national de la République, organiser des élections à quelque niveau que ce soit, construire un pont ou des latrines pour des

HORIZONS

« Il faut [...] "déconstruire" les structures à la fois mentales et objectives de cette dépendance qui nous avilissent aux yeux du monde. »

populations en milieu rural, pour collecter des ordures ou drainer des égouts dans des quartiers populaires, nous sommes dépendants de l'aide internationale. Pour participer à des élections, organiser une campagne électorale quelconque ou des activités internes au parti, là encore, il faut des dons de l'international. Pas possible de militer, défendre des droits sociaux ou environnementaux, intervenir en faveur des groupes marginalisés sans cette aide externe. Ce pays, notre « Haïti Chérie », donne l'impression que ses habitants sont radins ou pauvres et qu'ils ne prennent pas d'initiatives de collectes de fonds. Pas d'organisation de téléthons ou de marathons dans le pays ; d'autres pays le font pour nous. Les Haïtiens sont systématiquement présentés comme les plus pauvres de l'Amérique et pire, classés parmi les plus corrompus. Pauvres, dépendants, attentistes et corrompus : ils cumulent tous les maux.

Universités sans ressources

Le tremblement de terre du 12 janvier ne fait que nous renvoyer en plein visage une réalité que nous avons toujours essayé d'occulter : l'exclusion, la marginalisation, la faiblesse de nos institutions (particulièrement de l'État), notre dépendance vis-à-vis de l'autre, communément appelé *Blan an* (le Blanc) et cristallisée à travers le portrait de l'Américain impérial, puissant, intelligent et rationnel, à côté duquel sont rangés de plus en plus le Canadien et le Français. C'est vrai, le tremblement de terre du 12 janvier est une catastrophe. Il a coûté la vie à plus de 217 000 personnes et laissé plus d'un million de personnes sans domicile, 4 000 estropiées et plus de 350 000 blessées.³ Après ce séisme, les critiques fusent de toutes parts contre le chef de l'État qui a mis plus de 48 heures avant de s'adresser à la nation. Je me demande alors : le Président de la République a-t-il déjà eu, auparavant, à rendre compte devant la nation ? S'est-il déjà adressé à elle, ne serait-ce que par simple formalité ? D'autres chefs d'État avaient-ils, avant lui, instauré une culture de dialogue fondée sur le respect et la transparence avec la population ? J'en doute.

Considérons, par exemple, le cas du système universitaire haïtien depuis le séisme. La majo-

rité des techniciens et des scientifiques qui interviennent sur le terrain ou dans la sphère des médias sont formés dans des universités étrangères. Certaines de ces universités ont même délégué des équipes de chercheurs spécialisés dans plusieurs domaines. Cependant, nos universitaires, il me semble, n'ont pas été à la hauteur de la tâche. Des facultés se sont effondrées, des morts sont déplorées, des messes ont été chantées. Il n'y a eu aucun débat au sein du système sur cette catastrophe. Certaines universités ne sont même pas en mesure de dresser un bilan des pertes, voire d'organiser une cérémonie en mémoire des morts et des disparus. L'Université d'État d'Haïti est un exemple éclairant. Depuis plus d'un an, sa faculté de médecine, la seule équipée d'un hôpital, est fermée. Des médecins de partout sont venus nous porter secours. Beaucoup d'amputations ont été faites, on a parlé de médecine de guerre, des publications sont parues dans des journaux étrangers sur cette thématique. Combien y a-t-il de conférences, de prises de position ou de publications de la part des médecins haïtiens ? On ne demandera pas à notre système universitaire ce qu'il n'a jamais eu. Je pense que nous avons eu, bien avant le 12 janvier, un système universitaire à l'image des institutions de ce pays, composé d'universités sans ressources, sans structures de recherche, qui est, paradoxalement, en train de suivre la voie de la « mercantilisation », notamment avec la prolifération de ces « universités-borlette », comme c'est le cas dans l'enseignement classique.

Rompre et inventer

Le reflet du miroir avec ce tremblement de terre devrait servir d'avertissement ou de rappel de ce que nous devrions être, de ce que nous ne sommes pas et surtout, de ce que

nous devons faire. On parle de reconstruction ; je crois qu'il ne s'agit pas seulement de reconstruire : il faut inventer. La reconstruction ne doit pas être seulement une reconstruction physique des édifices détruits. Il faut inventer de nouvelles pratiques sociales centrées sur le collectivisme, la solidarité sociale à l'intérieur même des quartiers et entre ceux-ci, combattre cet individualisme excessif et la corruption à tous les niveaux, « déconstruire » les structures à la fois mentales et objectives de cette dépendance qui nous avilissent aux yeux du monde. Partis politiques, organisations de la société civile, ce qui reste des organisations populaires, tous les efforts doivent être conjugués pour lutter contre cette mentalité d'assistés et d'incapables.

Le tremblement de terre du 12 janvier nous met à nu devant nos lacunes, nos faiblesses. À cet égard, notre système universitaire mérite d'être renforcé. Il faut absolument investir dans la recherche et redéfinir les liens entre l'Université et l'État, notamment en matière de définition des problèmes sociaux, de lutte contre la pauvreté ou d'élaboration des politiques publiques. Je veux le répéter, pour finir, il ne faut pas seulement reconstruire, il faut aussi rompre et inventer. La reconstruction comporte un

contenu matériel et symbolique. Il faut rompre avec certaines pratiques et inventer de nouvelles façons de construire une société fondée sur la reconnaissance de la capacité de l'autre de participer, de proposer et de bénéficier. En vue d'une nouvelle société fondée sur la justice sociale, il faut donc reconnaître et redistribuer. Reconnaissance et redistribution signifient que nous avons besoin d'une plus grande présence de l'État à travers, notamment, les services publics. La reconstruction implique l'inclusion de tous, tout en tenant compte de l'équité de la participation et de ses bénéfices pour les participants. Elle implique enfin une nouvelle redéfinition de la citoyenneté qui tienne compte des droits civils, politiques, économiques, sociaux et culturels. L'après-séisme a révélé de manière éclatante que la majorité de la population n'a jamais joui pleinement de ses droits sociaux et économiques, mais seulement d'une *citoyenneté fragmentée*. C'est cette image que nous renvoie le miroir.

Notes

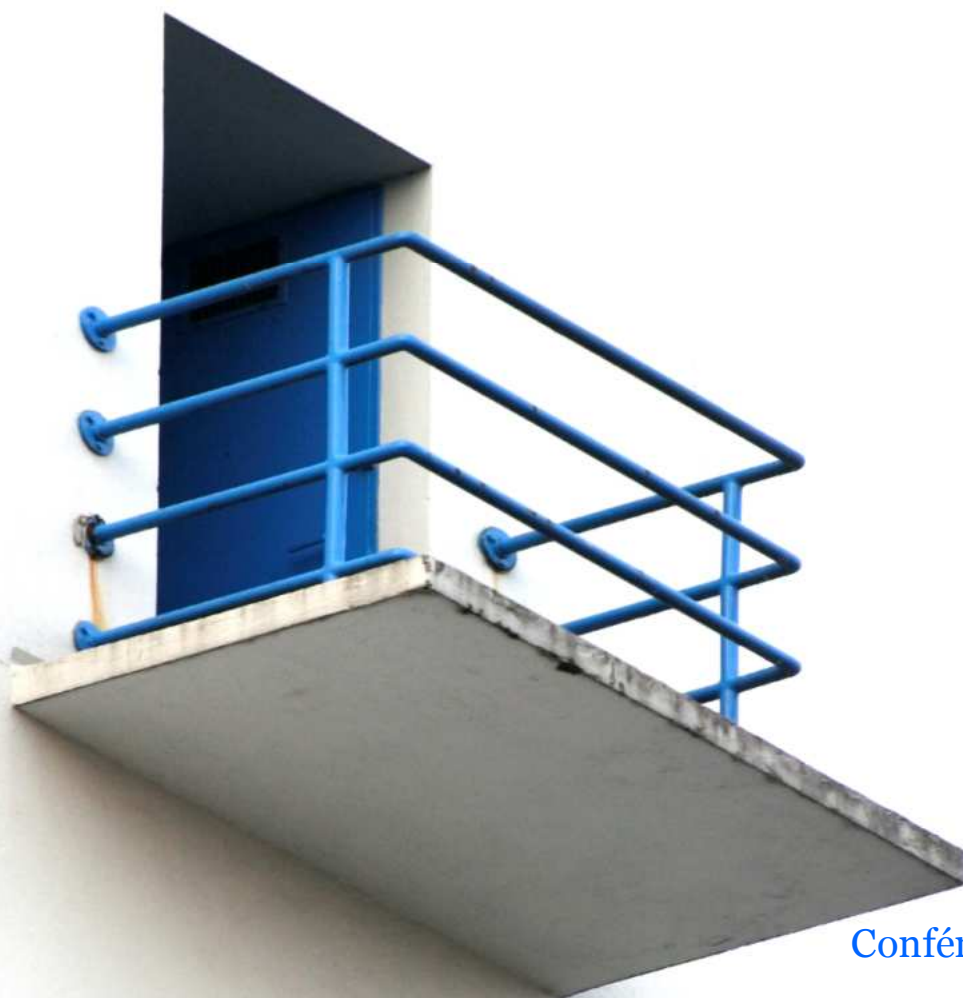
1. Traduit du créole par l'auteur.
2. Traduit du créole par l'auteur.
3. Selon le dernier bilan officiel communiqué lors de l'écriture de cet article.

Séguier, M. et B. Dumas (2004). *Construire des actions collectives. Développer des solidarités*, Lyon, Chronique sociale.



Lepetit, 2008. Certains droits réservés

Inégalités et discriminations dans l'accès aux soins dentaires



Conférence par Christophe Bedos
Université McGill

Mardi le 23 mars 2010
12 h à 13 h 30
CREMIS, 1250 Sanguinet
Salle 451

www.cremis.ca