

Collisions créatrices

Le spectacle-intervention
Colmater les failles
Le regard de l'autre
La rencontre des savoirs

PRINTEMPS 2013

Vol. 6 No. 1

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 :
Aude Fournier, Isabel Heck, Christopher McAll, Geneviève McClure, Capucine Bacon et Sira Camara
Pour tout commentaire ou pour s'inscrire sur notre liste de diffusion, n'hésitez pas à communiquer avec nous :
revueducremis@gmail.com

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

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

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

Photo de la page couverture par Piovasco, 2009. Certains droits réservés ©

Centre de santé et de services sociaux
Jeanne-Mance

Centre affilié universitaire

Université 
de Montréal

UQÀM



Rhoby, 2007. Certains droits réservés ©

Inégalités sociales
Discriminations
Pratiques alternatives de citoyenneté

Collisions créatrices

SOMMAIRE

REGARDS

La santé mentale au quotidien : une autre façon d'être au monde

Jean-Nicolas Ouellet 4

Les jeunes des minorités sexuelles : le risque suicidaire

Line Chamberland et Isabelle Bédard 8

DOSSIER

Collisions créatrices 13

Rapprocher les univers : le spectacle-intervention

Pierre-Luc Lupien 14

Équipe mixte policiers-intervenants en itinérance : colmater les failles

Marie-Claude Rose, Evelyne Baillergeau, Roch Hurtubise et Christopher McAll 21

Saisir de façon plurielle la problématique DITED-Justice : le regard de l'autre

Guillaume Ouellet et Daphné Morin 27

L'inclusion de la participation publique en santé mentale : la rencontre des savoirs

Jean Gagné, Michèle Clément, Yves Lecomte et Baptiste Godrie 33

HORIZONS

Médecine humaniste et conditions de vie précaires : l'accueil convivial

Thomas Gottin et Christine Loignon 39

Le travail ethnographique en milieu médical

Elisha Laprise et Christine Loignon 42

DÉMARRAGES

Pauvreté en région et migration rural-urbain : déracinement

Aude Fournier, Roch Hurtubise, Christopher McAll et Marie-Claude Rose 46

« Je ne chante pas juste pour moi. Je deviens leur voix.
J'entre dans leurs vies comme un acte presque indiscret. »

« Mais eux [EMRI] savaient que ça ne feelait pas. Ils savaient que j'étais nerveux et que la boisson avait le contrôle. Avec les conseils que j'ai eus du CLSC et des policiers, et l'entourage qu'ils m'ont donné, ils sont venus à bout de me faire comprendre beaucoup de choses. »

« Cette méthode cherche à comprendre le sens que les acteurs donnent à leurs pratiques. Elle permet non seulement de rendre une diversité de points de vue explicite, mais aussi de les confronter pour, ultimement, élaborer des pistes de solution »

« ils viennent s'asseoir avec une gang de gestionnaires et de professionnels, [ils se demandent] comment ils vont être reçus »

(suite à la page 13)



Chema Concellon, 2011. Certains droits réservés ©

La santé mentale au quotidien

Une autre façon d'être au monde

REGARDS

Jean-Nicolas Ouellet

Coordonnateur
Centre d'activités pour le
maintien de l'équilibre
émotionnel de Montréal-
Nord

Directeur communautaire
Alliance recherche Universi-
té communauté (ARUC)
Santé mentale et citoyen-
neté



Dsevilla, 2008. Certains droits réservés

Il y a eu longtemps une tendance dans les médias à mettre l'emphasis sur le diagnostic psychiatrique de la personne qui commettait un crime. Je me souviens que la une du *Journal de Montréal* a déjà été « Un schizo tue sa femme ». Si le meurtrier avait été atteint de diabète ou de strabisme divergent, cela n'aurait pas été mentionné. Pourtant, statistiquement, les personnes atteintes d'une maladie mentale sont dix fois plus souvent victimes qu'agresseurs. Cela, on ne l'entend pas. Le tableau plus nuancé de la réalité n'est pas présenté dans les médias. On ne donne pratiquement jamais le diagnostic de la victime quand il y en a un.

La schizophrénie n'inspire pas la même sympathie que les autres maladies, telles le cancer. Le premier sentiment vis-à-vis de ces personnes ne sera souvent pas celui de la solidarité, mais plutôt quelque chose de l'ordre de la peur, qui crée la distance et la perte de réseau. Ce type de rapport marque les personnes vivant

avec un problème de santé mentale, qui peuvent en venir à s'auto-stigmatiser, ne croyant plus en leurs propres capacités. L'image qu'entretient la personne sur la « folie » avant de recevoir elle-même un diagnostic ressemble à ce que la société pense. La personne vient de cette société et partage des conceptions ou des préjugés avec le reste de la population. La « folie » inspire la peur.

Étrangeté

Parmi les personnes vivant avec un problème de santé mentale, plusieurs ont une façon autre d'être au monde, d'interagir avec celui-ci, de le décrire et d'y évoluer. L'étrangeté peut devenir source d'un certain malaise pour l'entourage. Les gens perdent de leur prévisibilité, se plient mal aux règles et aux cadres, sans qu'il ne s'agisse pour autant de délinquance. On les reconnaît ainsi par leur façon d'occuper leur espace privé, mais surtout l'espace public.

Dans l'espace privé de leur domicile, les personnes peuvent être portées à s'enfermer, à se confiner, en tenant leurs rideaux tirés, en ne sortant pas ou en entrouvrant à peine la porte aux étrangers. Leurs heures d'activité sont souvent différentes parce que la médication de soir les endort ou les « assomme » jusqu'en début d'après-midi le lendemain. Elles sont donc actives quand la plupart des gens se préparent à se coucher. Peu de propriétaires de logements privés acceptent de louer un appartement à une personne s'ils se doutent, et en-

core moins s'ils savent, qu'elle a un problème de santé mentale. L'accès au logement est difficile parce que pour un propriétaire, « problème psychiatrique » veut dire désordre dans l'appartement, le comportement et les relations avec les voisins.

La rue, les places publiques, les bancs de parc et les centres d'achat sont aussi investis par les personnes. Elles y vont pour regarder passer les gens, assister au spectacle de la ville qui est un peu celui de la vie. C'est une façon pour elles d'être en société sans socialiser. Certaines y exposent leurs symptômes et leurs marques de différence. Qui n'a pas vu une personne parler non pas à elle-même, mais à un être qu'elle seule percevait, parfois avec des réactions fortes à la partie inaudible du dialogue ?

Cette façon d'utiliser les espaces publics dérange. Il s'agit d'un constant rappel que ces problèmes existent. On leur demande de circuler, mais pour aller où ? Hors de la vue, certainement.

À risque

Leur trajectoire dans le monde des études ou du travail n'est également pas facile et se solde souvent par un échec. Certains milieux peuvent barrer la route à des candidats postulant pour un emploi à cause de leur diagnostic. D'autres sont mis à l'écart de manière insidieuse au moment de remplir le formulaire de la compagnie d'assurance pour bénéficier des avantages sociaux de l'organisation. La déclaration doit être complète et exacte, sous risque que la couverture soit annulée. Souvent, avant la fin

REGARDS

« L'étrangeté peut devenir source d'un certain malaise pour l'entourage. »

de la période de probation pour un emploi, la personne peut se voir écartée de son milieu de travail. Pour les mêmes raisons, une personne peut ne pas voir son prêt ou son hypothèque assuré. Elle n'est plus reconnue comme citoyenne à part entière, mais comme un « individu à risque ».

La peur et la méfiance sont aussi perceptibles dans des milieux de bénévolat. Peu de personnes réussissent à cacher leur diagnostic lorsqu'on leur demande pourquoi elles ont du temps à donner. Peut-on laisser un « fou » avec des personnes âgées, des jeunes ou seul à coller des timbres sur des enveloppes ?

Prendre en compte

Beaucoup de symptômes associés aux problèmes de santé mentale sont peu ou pas extériorisés par la personne et demeurent très intimes, comme les voix, les images ou les idées paranoïaques. Seule la personne peut expliquer où en sont ses symptômes. Il n'y a pas de système d'imagerie médicale, d'analyse de fluides ou de tissus pour faciliter le diagnostic psychiatrique. Ce diagnostic est totalement subjectif. Les personnes ne sont souvent « écoutées » dans le système de santé que lors du diagnostic. Après, leur parole ne semble plus avoir d'importance. Ne pas être écoutée génère beaucoup de frustration chez la personne, qui a le sentiment de perdre sa crédibilité et se voit privée de moyens qui pourraient améliorer sa situation.

La crédibilité se traduit par la capacité de décider ou d'influencer. Si la parole « folle » n'est écoutée que pour le diagnostic et que par la suite, l'opinion n'est plus demandée, la personne comprend très bien ce qui arrive ; l'aidant considère que ce n'est pas elle qui parle, mais sa maladie. La perte de crédibilité auprès des aidants naturels ou professionnels est une source constante de frustration qui, à son tour, peut provoquer des actions socialement réprouvées, comme la violence.

Il y a un contexte à aller chercher entre les lignes du dossier écrit ; la vie, la vie réelle de la personne. Il faut regarder ce que vit la personne au quotidien.

Dans la tête

Les problèmes de santé mentale se situent « dans la tête », siège de la cognition, de la réflexion et de l'intelligence. Si la tête ne fonctionne pas bien, alors ce que dit la personne n'a pas de sens et ne doit pas être pris en compte. Cela est vrai jusqu'à un certain point lors des épisodes de crise. Mais la personne n'est pas toujours en crise. Au début d'une crise, ce que dit la personne peut sembler insensé. Mais au fur et à mesure que le traitement progresse, la personne devrait sentir qu'elle est de plus en plus crue quand elle exprime ses opinions. C'est là un paradoxe important que d'affirmer que le traitement est bon pour la personne mais de nier un des effets de ce même traitement en ne croyant pas la personne.

Nous voulons tous que la personne adhère au traitement prescrit. Mais comment participer au traitement si sa parole n'est pas prise en compte ? Participer au traitement, ce n'est pas juste dire « oui », mais se questionner et suggé-

rer afin de se l'approprier. Ce n'est pas le traitement du professionnel, mais celui de la personne. Il en est de même pour les effets secondaires de la médication, comme les tremblements, la bouche sèche, le ralentissement général de la pensée et l'émoussement émotif. Les traitements rendent la personne différente. Est-ce qu'on prend le temps de lui demander ce qu'elle pense de cette différence, si elle accepte de vivre avec celle-ci ? Entre ne plus entendre de voix et ne plus avoir de libido, quel est son choix ?

Il est difficile pour la personne de participer au traitement si elle ne partage pas la même conception du traitement que le professionnel. Pour ce dernier, le traitement est axé sur une prise de médication et des activités de réadaptation. Le regard est porté sur les symptômes et la capacité de la personne à fonctionner. Pour cette dernière, le traitement est axé sur la recherche du sens de ce qu'elle a vécu. Elle veut être écoutée sur ce qui a mené à la crise.

Pour la personne, au-delà des symptômes, il y a une histoire : son histoire. Et parfois, cette histoire est tout ce qui lui reste. Comme professionnels, nous sommes bons dans la prise en charge. Le sommes-nous autant dans la prise en compte de la personne et de sa manière d'être au monde ?

REGARDS

*« Est-ce qu'on prend
le temps de lui
demander ce qu'elle
pense de cette différen-
ce, si elle accepte de
vivre avec celle-ci ? »*



Caseaplace, 2009. Certains droits réservés (CC)

Les jeunes des minorités sexuelles

REGARDS

Line Chamberland

Professeure
Département de sexologie

Titulaire de la Chaire de
recherche sur
l'homophobie
Université du Québec à
Montréal

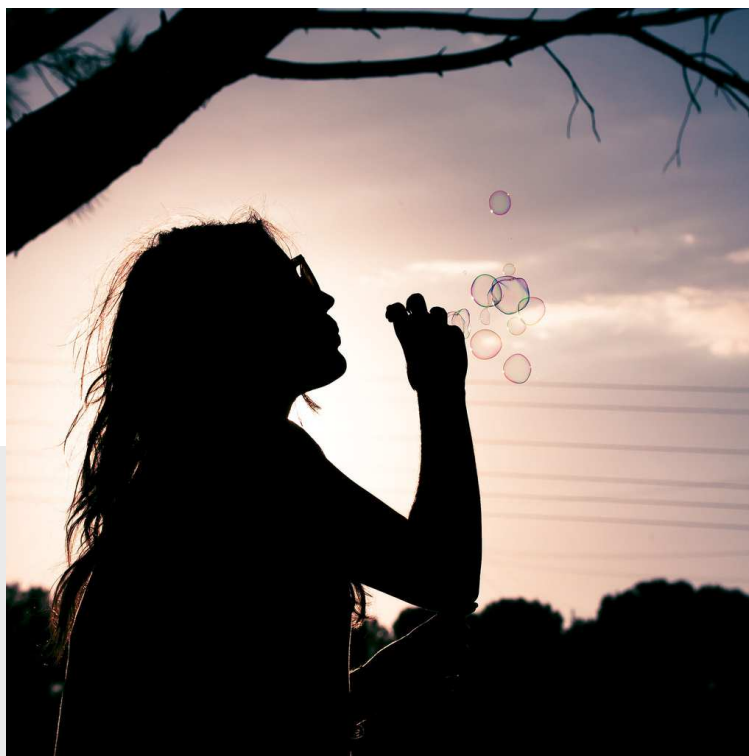
Isabelle Bédard

Candidate au doctorat
Département de
psychologie
Université du Québec à
Montréal

Le risque suicidaire

Un animateur d'un organisme de la Rive-Sud de Montréal accueillant des jeunes LGBT¹ reçoit les confidences d'une jeune fille hétérosexuelle. Celle-ci est victime d'intimidation en raison de son style vestimentaire et de la couleur de ses cheveux. Elle se désespère de l'inertie de la direction de la polyvalente qu'elle fréquente. Quelques suicides ont eu lieu l'année précédente, dont deux relatifs à de l'intimidation à caractère homophobe. Elle-même ne se sent pas du tout protégée dans son école.

Le coordonnateur d'un organisme LGBT en région éloignée assiste à une rencontre par visioconférence tout en surveillant de près son cellulaire. Il y a eu une tentative de suicide et il faut organiser un soutien pour la personne. Il quittera brusquement la rencontre.



Luis Hernandez - d2k6es, 2010. Certains droits réservés



Chaque situation de risque suicidaire est unique, complexe et tragique. La recherche peut aider à mieux cerner les facteurs de risque communs à plusieurs situations afin d'améliorer les actions en matière d'intervention et de prévention du suicide.

Globalement, le risque suicidaire est plus élevé parmi les personnes homosexuelles et bisexuelles que chez celles qui sont hétérosexuelles. Déjà, à partir des années 1970, des études menées aux États-Unis ont produit des données inquiétantes quant à la sursuicidalité dans cette population. Ces premières études reçurent peu d'échos et furent souvent discréditées à cause de leurs faiblesses méthodologiques (Beck et al., 2010).

Depuis une quinzaine d'années, une série d'enquêtes provenant de plusieurs pays ont elles aussi révélé une prévalence élevée d'idéations suicidaires et de tentatives de suicide parmi les personnes LGBT. Ces travaux sont plus étoffés sur le plan scientifique. Ils se basent sur des échantillons très larges, voire représentatifs de l'ensemble de la population, et utilisent divers critères pour définir et mesurer l'orientation sexuelle. Certains chiffres sont alarmants. Ainsi, l'étude réalisée par Bagley et Tremblay (1997) auprès d'hommes homo- et bisexuels de 18 à 27 ans de la région de Calgary concluait que ceux-ci sont 13,9 fois plus à risque de commettre une tentative de suicide sérieuse que ceux qui sont exclusivement hétérosexuels.

Le suicide étant un phénomène complexe et multifactoriel, certains chercheurs ont voulu mesurer le risque suicidaire associé à l'orientation sexuelle en prenant soin de neutraliser l'effet d'autres facteurs. Selon les études, en ce qui concerne les tentatives de suicide, les hommes homosexuels et bisexuels présentent un rapport de risque de deux à sept fois supérieur à celui des hommes exclusivement hétérosexuels, une fois les autres variables neutralisées ; pour les femmes, ce rapport de risque est de 1,4 à 2,5 fois supérieur (Beck et al., 2010). Les variations dans les résultats renvoient principalement à la composition de l'échantillon en ce qui a trait à l'âge et au sexe, aux manières différentes de mesurer l'orientation sexuelle (les attirances, les comportements ou l'auto-identification) et à la période considérée (par exemple, les trois mois qui précèdent l'étude ou à vie). Dans l'ensemble, les résultats convergent : les personnes LGBT présentent un risque suicidaire plus élevé que

les personnes hétérosexuelles.

Détresses

Au Québec, la sonnette d'alarme a été tirée par l'ouvrage *Mort ou fif. La face cachée du suicide chez les garçons*, coécrit par Michel Dorais et Simon-Louis Lajeunesse (2000). Les récits de 24 jeunes hommes révèlent des histoires de souffrance due à la stigmatisation, aux insultes et aux humiliations, vécues en particulier à l'école. Une étude québécoise auprès de 1 856 adolescent(e)s de 3^e, 4^e et 5^e secondaire de la région montréalaise révélait que les jeunes ayant des attirances ou des comportements sexuels avec le même sexe, ou qui sont incertains de leur orientation sexuelle, ont des probabilités d'avoir eu des pensées suicidaires ou d'avoir commis une tentative de suicide au cours des 12 derniers mois de deux à trois fois plus élevées que les jeunes exclusivement hétérosexuels (Zhao et al., 2010).

Les résultats des études portant sur la détresse émotionnelle, la dépression et le risque suicidaire chez les jeunes de minorités sexuelles sont remarquablement similaires, au-delà de la diversité des méthodes et des mesures utilisées (Beck et al., 2010; Saewyc, 2011). Comparativement aux garçons, les filles lesbiennes ou bisexuelles rapporteraient davantage d'idéations suicidaires, alors que les garçons seraient plus nombreux à avoir commis une tentative de suicide. Une enquête répétée tous les cinq ans en Colombie-Britannique montre que le taux de tentatives de suicide chez les filles non exclusivement hétérosexuelles a augmenté entre 1993 et 2003 (Saewyc et al., 2007). Il importe donc de ne pas négliger ce groupe au sein duquel les comportements suicidaires peuvent aussi prendre la forme d'automutilations ou de troubles alimentaires. Enfin, une analyse des résultats provenant de plusieurs études conclut que les jeunes ayant des relations sexuelles avec les deux sexes ou s'auto-identifiant comme bisexuel(le)s seraient cinq fois plus à risque que leurs pairs homosexuels en ce qui a trait aux idéations ou aux tentatives suicidaires (Marshall et al., 2011).

Par ailleurs, l'étude *TransPulse* menée en Ontario auprès de 433 personnes transsexuelles ou

« Dans l'ensemble, les résultats convergent : les personnes LGBT présentent un risque suicidaire plus élevé que les personnes hétérosexuelles. »

REGARDS

« les taux plus élevés d'idéations et de comportements suicidaires ne seraient pas attribuables à l'orientation sexuelle en soi, mais, entre autres choses, aux expériences de discrimination et d'isolement vécues par les jeunes de minorités sexuelles. »

transgenres montre des résultats particulièrement troublants : plus des deux tiers des 433 personnes transsexuelles ou transgenres interrogées ont déjà considéré le suicide au cours de leur vie en raison des difficultés liées à leur identité de genre. Le groupe d'âge des 16-24 ans figure parmi les plus vulnérables avec une proportion de 19 % ayant commis une tentative de suicide dans les 12 derniers mois.

Discrimination et isolement

Au courant de la dernière décennie, plusieurs chercheurs se sont efforcés d'identifier des facteurs qui accentuent la vulnérabilité au risque suicidaire ou qui, au contraire, réduisent ce risque en agissant comme facteur de protection. Pour les jeunes de minorités sexuelles, certains constats ressortent.

Sur le plan individuel, la période entourant la divulgation de l'orientation sexuelle (*coming out*) semble particulièrement critique, notamment à cause de l'anxiété qu'elle génère concernant la réaction anticipée des proches (Charbonnier et Graziani, 2012). Les jeunes faisant un *coming out* précoce seraient davantage exposés à diverses difficultés (perte d'amis, discrimination, isolement) ; ils seraient moins outillés pour y faire face vu leur moins grande maturité (Zhao et al., 2010). D'autres facteurs sont corrélés à une plus grande détresse psychologique et aux idéations suicidaires : la non-conformité de genre, surtout chez les garçons, le fait d'avoir subi des violences sexuelles dans le passé, l'intensité du conflit intrapsychique en regard de l'orientation sexuelle, ainsi qu'une faible estime de soi, dont découle un manque de confiance en sa capacité à surmonter les difficultés (Morrison et L'Heureux, 2001). Enfin, plusieurs auteurs notent que le risque suicidaire se trouve aggravé par la présence simultanée de plusieurs problèmes de santé mentale tels que la détresse psychologique, la dépression, l'anxiété et la consommation de substances (Saewyc, 2011).

Sur le plan de l'entourage et du milieu de vie, trois facteurs méritent d'être mentionnés, en commençant par l'impact des attitudes parentales. L'incompréhension ou la mise en doute de l'orientation sexuelle de l'enfant, son rejet, l'absence de soutien de la part de ses parents, ou de l'un d'entre eux (en particulier du père) peuvent contribuer à accroître la détresse du jeune et le risque suicidaire (Charbonnier et Graziani, 2011 ; Beck et al., 2010 ; Morrison et al., 2001). L'exposition à un environnement homophobe et à la stigmatisation doit aussi être prise en considération. Autrement dit, les taux plus élevés d'idéations et de comportements suicidaires ne seraient pas attribuables à l'orientation sexuelle en soi mais, entre autres choses, aux expériences de discrimination et d'isolement vécues par les jeunes de minorités sexuelles. Plus spécifiquement, plusieurs études ont établi des corrélations entre le fait d'avoir été victime de railleries ou de mauvais traitements, principalement à l'école, et la présence d'idéations et de comportements suicidaires (Hong et al., 2011). Enfin, le manque de soutien et d'information dans l'environnement immédiat du jeune aux prises avec des difficultés en lien avec son orientation sexuelle peut contribuer à augmenter le risque suicidaire (Hong et al., 2011).

Les facteurs de protection face au risque suicidaire concernent quant à eux l'existence et la qualité des liens du jeune avec son entourage. Ainsi, lorsque les jeunes rapportent avoir de bonnes relations avec leurs parents ou avec leur milieu scolaire, la probabilité d'idéations suicidaires ou de tentatives de suicide diminue et ce, même lorsqu'ils présentent d'autres fac-

teurs de risque tels un historique de violences sexuelles ou des symptômes de détresse psychologique (Saewyc et al., 2007). Dans la même veine, la participation à des activités parascolaires, la perception par le jeune que les autres se soucient de lui, qu'il peut trouver du soutien auprès de ses parents, ses enseignant(e)s ou ses ami(e)s, contribuent à limiter les impacts négatifs des difficultés rencontrées.

Intervention et prévention

Les résultats de ces recherches fournissent certaines pistes d'action relativement à l'intervention et à la prévention du suicide chez les jeunes de minorités sexuelles. Ainsi, s'il est incontournable d'aider le jeune à surmonter la crise identitaire qu'il vit, il importe de prendre également en compte son environnement, ses rapports avec sa famille et ses expériences en milieu scolaire afin d'identifier les personnes qui pourraient lui offrir du soutien. Le dévoilement de l'orientation sexuelle apparaît comme un moment critique. Les intervenant(e)s pourraient accompagner le jeune dans sa démarche en lui fournissant des outils efficaces pour qu'il prenne des décisions personnelles et réfléchies quant à son *coming out* et qu'il développe ses habiletés de communication. Dans la mesure du possible, il serait souhaitable d'intervenir auprès de son entourage, en offrant, par exemple, un soutien aux parents qui peuvent éprouver du désarroi et de la culpabilité.²

Il est essentiel de faire connaître au jeune les ressources auxquelles il peut faire appel. Dans le cas de ressources non spécialisées, il faut l'assurer du soutien qu'il y recevra, que ce soit par des affiches sur la diversité sexuelle ou par tout autre symbole lui indiquant qu'il trouvera là une personne alliée ou une aide adéquate. Une difficulté à cet égard est de rejoindre en amont les jeunes susceptibles de présenter un risque suicidaire parce qu'ils se questionnent sur leur orientation sexuelle ou leur identité de genre, mais qui demeurent isolés et sans parole. Certains ne se

confient ni à leur famille, ni à leurs ami(e)s par crainte du rejet, et sont sur le point de faire un *coming out*. Ils anticipent cependant des réactions négatives ou, encore, sont témoins ou victimes de railleries à l'école, parfois depuis plusieurs années, ce qui nourrit leur anxiété face à un rejet. Des jeunes interrogés dans le cadre d'une recherche sur l'homophobie en milieu scolaire témoignaient de l'importance des gestes d'ouverture : la perche tendue par un adulte, même lorsqu'elle n'est pas saisie immédiatement, les rassure quant à leur capacité de trouver du soutien si et quand ils en auront besoin (Petit et al., 2011). Les résultats des études varient en ce qui concerne les groupes les plus à risque au sein des jeunes de minorités sexuelles. Quoi qu'il en soit, à l'échel-



Gunnert07, 2007. Certains droits réservés ©

REGARDS

« la prévention du suicide chez les jeunes de minorités sexuelles passe par la lutte contre l'homophobie au plan sociétal et par la création de milieux de vie qui soient [...] accueillants et porteurs de messages positifs sur la diversité sexuelle et de genre. »

le individuelle, l'évaluation doit prendre en compte l'ensemble de la situation du jeune, y compris des dimensions qui n'ont pu être abordées ici, telle son appartenance ethnoculturelle.

Au Québec, le *Plan gouvernemental d'action contre l'homophobie 2011-2016* propose diverses mesures visant à sensibiliser les organismes actifs en matière d'intervention et de prévention du suicide, ainsi qu'à sensibiliser et former les intervenant(e)s des divers réseaux afin qu'ils soient mieux outillés en ce qui concerne les jeunes de minorités sexuelles. Les intervenant(e)s pourraient ainsi développer des protocoles d'évaluation et d'intervention adaptés aux spécificités de ces jeunes, qui prennent en compte les moments critiques et les facteurs qui entravent leur cheminement, ainsi que les ressources disponibles dans leur territoire. De telles formations pourraient être disponibles en ligne. Des exemples existent aux États-Unis³ et au Canada anglais⁴. La mise en application des mesures du Plan d'action requiert que s'effectue un rapprochement entre les réseaux engagés dans l'intervention et la prévention du suicide, les milieux institutionnels concernés (milieu scolaire, services sociaux et de santé, etc.) et les organismes LGBT.

À plus long terme, la prévention du suicide chez les jeunes de minorités sexuelles passe par la lutte contre l'homophobie au plan sociétal et par la création de milieux de vie qui soient non seulement sécuritaires, c'est-à-dire exempts de manifestations d'homophobie, mais accueillants et porteurs de messages positifs sur la diversité sexuelle et de genre.

Bagley, C. et P. Tremblay (1997). « Suicidal behavior in homosexual and bisexual males », *Crisis*, 18, 1 : 24-34.

Beck, F., Firdion, J.-M., Legleye, S. et M.-A. Schiltz (2010). *Les minorités sexuelles face au risque suicidaire. Acquis des sciences sociales et perspectives*, Saint-Denis : INPES, coll. Santé en action. Disponible à l'adresse : www.inpes.sante.fr

Charbonnier E. et P. Graziani (2012). « Les stratégies de coping que les jeunes homosexuels mettent en place lors de la divulgation de leur homosexualité », *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, 22 : 24-31.

Charbonnier E. et P. Graziani (2011). « La perception de jeunes lesbiennes et gais concernant l'attitude de leurs parents à l'égard de leur homosexualité », *Revue canadienne de santé mentale communautaire*, 30, 2 : 31-46.

taire, 30, 2 : 31-46.

Dorais, M. avec la collaboration de S.-L. Lajeunesse (2000). *Mort ou fif. La face cachée du suicide chez les garçons*, Montréal, VLB éditeur.

Hong, J.S., Espelage, D.L. et M.J. Kral (2011). « Understanding suicide among sexual minority youth in America: An ecological systems analysis », *Journal of Adolescence*, 34 : 885-894.

Marshall, M.P., Dietz, L.J., Friedman, M.S., Stall, R., Smith, H.A., McGinley, J., Thoma, B.C., Murray, P.J., D'Augelli, A.R. et D.A. Brent (2011). « Suicidality and depression disparities between sexual minority and heterosexual youth: A meta-analytic review », *Journal of Adolescent Health*, 49 : 115-123.

Morrison L. et J. L'Heureux (2001). « Suicide and gay/lesbian/bisexual youth : Implications for clinicians », *Journal of Adolescence*, 24 : 39-49.

Petit, M.-P., Chamberland L., Richard G. et M. Chevrier (2011). « Jeunes de minorités sexuelles victimes d'homophobie en milieu scolaire : quels facteurs de protection ? », *Revue canadienne de santé mentale communautaire*, 30, 2 : 13-29.

Saewyc, E., Poon, C., Wang, N., Homma, Y., Smith A. & the McCreary Centre Society (2007). *Not Yet Equal: The Health of Lesbian, Gay, and Bisexual Youth in BC*, Vancouver, McCreary Centre Society.

Saewyc E. (2011). « Research on adolescent sexual orientation: Development, health disparities, stigma, and resilience », *Journal of Research on Adolescence*, 21, 1 : 256-272.

Scanlon, K., Travers, R., Coleman, T., Bauer, G. et M. Boyce (2010). *Les communautés trans en Ontario et le suicide : la transphobie est mauvaise pour notre santé*, Bulletin électronique de TransPulse, 1, 2. Disponible à l'adresse : www.transpulseproject.ca

Zhao, Y., Montoro R., Igaruta K. et B. Thombs (2010). « Suicidal ideation and attempt among adolescents reporting 'unsure' sexual identity of heterosexual identity plus same-sex attraction or behavior: Forgotten groups? », *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49, 2 : 104-113.

Notes

1 : LGBT : lesbiennes, gais, bisexuel(le)s, transsexuel(le)s ou transgenres. L'expression « minorités sexuelles » et l'acronyme « LGBT » désignent les groupes de personnes minorisées socialement en raison de corps ou d'apparences corporelles, d'orientations sexuelles ou d'identités de genre ne correspondant pas aux normes culturelles et donc exposées à la stigmatisation.

2 : Mentionnons ici le site récemment créé par l'organisme Rézo pour venir en aide aux parents d'un garçon homosexuel : www.monfilsgai.org

3 : Voir les sites web : www.sprc.org/training-institute/lgbt-youth-workshop et www.thetrevorproject.org

4 : Voir le site web : www.suicideinfo.ca/library/resources/resource_toolkits

Collisions créatrices

DOSSIER



Smegge, 2006. Certains droits réservés (cc)

Rapprocher les univers

REGARDS

Le spectacle-intervention

« Faites n'importe quoi, donnez-moi la main, c'est tout c'est qui compte, c'est vous, c'est votre joie qui met mon âme au monde. » Geneviève Morissette

Pierre-Luc Lupien¹

Candidat à la maîtrise
Département de sociologie
Université de Montréal

Agent de recherche
CREMIS

Qu'est-ce qu'un spectacle-intervention ? Il s'agit d'un renversement des concepts de spectacle et d'intervention, en ce sens que le public participe au travail de création de l'artiste et que le « public-cible » devient un « public-intervenant » à travers le partage de ses raisons de vivre. C'est un spectacle où la puissance évocatrice de la musique et de la chanson est utilisée pour faciliter une session de discussion de groupe sur des thèmes sensibles. Cet article vise à rendre compte de cette forme d'intervention, en partageant les étapes de son déroulement et en ouvrant la réflexion sur ses retombées cliniques. L'article se fonde essentiellement sur l'expérience du spectacle-intervention en prévention du suicide qui s'est déroulée récemment au Centre d'hébergement du centre-ville de Montréal (CHCVM), mais il inclut aussi des références à



Agathabrown, 2009. Certains droits réservés (cc)

des expériences semblables ayant eu cours à l'établissement de détention féminin Maison Tanguay et au Collège Ahuntsic.

Rencontre

L'innovation consiste souvent à rapprocher des univers qui sont normalement éloignés (Dyer et al., 2009). Le concept de « spectacle-intervention » est né de la rencontre entre le milieu de l'intervention sociale et celui de la

chanson, rencontre personnifiée par Geneviève Morissette², auteure-compositrice-interprète, et moi-même, Pierre-Luc Lupien, agent de recherche au CREMIS, terminant une maîtrise en sociologie sur le thème de la santé mentale et de l'itinérance. C'est dans le cadre du lancement de la chanson officielle de la 22^e semaine de prévention du suicide (région de Montréal), que j'avais lancé l'idée à Geneviève d'organiser un spectacle de dévoilement en prison, destiné aux femmes incarcérées, population considérée à haut risque suicidaire. J'étais inspiré par l'exemple du chanteur populaire américain Johnny Cash qui avait réalisé une tournée en prison dans les années 60. Celui-ci avait alors interprété et adapté des chansons de détenus des différents établissements qu'il visitait. De là ma suggestion que Geneviève puisse adapter en chanson le texte d'une femme incarcérée et suivre les pas du légendaire homme en noir. Ayant une certaine expérience du théâtre d'intervention, j'avais aussi proposé que le spectacle soit suivi d'échanges avec le public sur le contenu de la chanson. Cette idée avait gagné nos collaborateurs, en premier lieu, Geneviève. Il fallait maintenant la concrétiser.

Le lendemain, je pris mon courage à deux mains et me résolus à appeler les responsables de l'établissement de détention Maison Tanguay. Ils ont aussitôt été séduits par notre idée. C'est à ce moment que commença notre

première expérience de spectacle-intervention, pour lequel nous n'avions pas encore de nom. Cette première expérience eut des résultats qui dépassèrent nos attentes.

Accoucher

Au fil des expériences, il est devenu clair qu'un spectacle-intervention n'est pas seulement une performance musicale, même si celle-ci occupe une place centrale, mais qu'il s'agit d'une véritable démarche participative.

La démarche débute avec la sollicitation des participants potentiels. Le succès de cette étape dépend de l'implication des intervenants du milieu qui savent rejoindre les personnes et propager l'intérêt pour le projet. Pour ce qui est de l'expérience en centre d'hébergement, il ne suffisait pas d'annoncer et de solliciter des textes, mais aussi d'aider les personnes dont les handicaps compliquent l'expression verbale ou l'acte d'écrire. Suzanne Malo, psychologue et membre du comité de prévention du suicide du CSSS Jeanne-Mance, explique que la plupart d'entre elles ne peuvent écrire par elles-mêmes et qu'elle leur a offert un soutien pour la transcription de leurs idées. Certains textes et poèmes avaient déjà été rédigés et travaillés par des résidents du CHCVM dans le cadre du projet « Le printemps des poètes », piloté par Lynne Landry, psychologue spécialiste en activités cliniques. Comme ce matériel abordait souvent diverses raisons de vivre, Suzanne a demandé aux résidents l'autorisation que leurs écrits soient utilisés pour inspirer la création d'une chanson dans le cadre du projet de spectacle-atelier. Tous ont été d'accord, d'autant

*« il est devenu clair
qu'un spectacle-
intervention n'est pas
seulement une
performance
musicale, même si
celle-ci occupe une
place centrale, mais
qu'il s'agit d'une
véritable démarche
participative. »*

REGARDS

*« Il faut que je sente
ce qu'ils sont, que je
sache un peu leur vie,
pour pouvoir accou-
cher d'une chanson
qui va les rejoindre et
qui va vraiment les
représenter. »*

plus que cela donnait une deuxième vie à leurs textes.³

Au stade de la sollicitation, les personnes partagent leurs motivations à participer. Cela nous a permis de constater que chaque milieu présente des motivations différentes à se prêter au processus. En prison, on ressentait qu'il existait un besoin de manifester de la solidarité entre détenues, entre « filles du même secteur », alors qu'en milieu d'hébergement, c'était plutôt le besoin de se sentir utile aux autres. Suzanne rapporte que la principale motivation des participants était de venir en aide à d'autres personnes pouvant vivre des situations de découragement, en leur partageant leurs raisons de vivre.

La démarche entamée par la sollicitation est suivie d'une étape créative pendant laquelle s'organisent des rencontres entre l'artiste et les participants du milieu considérés comme des paroliers à part entière. Dans le cas de la première expérience à la Maison Tanguay, le spectacle avait été précédé par plusieurs visites de l'artiste auprès de la parolière de la chanson. Geneviève résume ainsi sa conception de la démarche de rencontre : « Pour moi, les personnes sont très importantes, les rencontres font partie de la démarche artistique des spectacle-interventions. Il faut que je sente ce qu'ils sont, que je sache un peu leur vie, pour pouvoir accoucher d'une chanson qui va les rejoindre et qui va vraiment les représenter. Ça fait partie de ma responsabilité sociale. »

Tisser des liens

Les rencontres permettent de tisser des liens forts entre l'artiste et les personnes du milieu. Elles permettent aussi à l'artiste de mieux s'imprégner du milieu et de mieux comprendre la réalité de son auditoire. Pour ce qui est du spectacle au centre d'hébergement, l'artiste avait visité à deux reprises les résidents qui avaient soumis des textes. À cet égard, Suzanne souligne : « La richesse de Geneviève dans cela, c'est que lorsque je l'ai appelée, elle m'a dit "pour moi ce n'est pas un problème. J'ai une formation en écriture de chansons alors je vais partir du contenu et je vais l'écrire la chanson." Ça, c'était quelque chose de magique entre ce

qu'ils pouvaient offrir et ce qu'elle pouvait faire avec ça. » C'est donc à partir de ce matériel et des rencontres avec les résidents, que l'artiste est parvenue à créer une chanson. Suzanne relate comment Geneviève a su établir le contact avec les résidents. Elle donne l'exemple d'une jeune résidente ayant de graves problèmes d'élocution et communiquant plus facilement par les yeux que par la parole :

« Elle a été capable de décoder les mots de cette résidente, ce qui n'est pas évident dans une première rencontre. Toutes ces rencontres ont été de beaux moments pour créer la chanson et puis mettre toute l'émotion qu'il y a dans la chanson. Geneviève ne l'a pas inventé, elle ne l'a vraiment pas inventé, c'était tellement clair pour moi qu'elle l'a ressentie cette émotion-là. Je l'ai vu à travers la rencontre et puis une fois qu'elle a écrit sa chanson. Elle m'a dit qu'elle avait besoin de revenir pour revoir certains des résidents pour s'assurer que ce qu'elle avait ressenti et ce qu'elle avait voulu mettre en mots tombent dans le bon ton et qu'elle ne soit pas passée à côté. »

Pour donner une idée de l'influence de ces rencontres, cette résidente avait écrit dans son texte : « *Même si j'ai de la misère à parler, j'ai toutes mes idées et je peux répéter pour être bien comprise dans tout ce que je vis, j'ai de la patience en maudit... Autour de moi, on dit que je parle avec les yeux.* » Dans la chanson « Je ferais n'importe quoi », cela se traduit par :

*« Moi, je ferais n'importe quoi
Pour entendre ce que vos yeux racontent
Je donnerais toute ma voix
Pour mettre vos mots au monde »*

Fondée sur le matériel et les rencontres avec les participants, la démarche culmine ensuite avec la prestation, moment chargé en émotions, notamment en raison de la profondeur des liens qui se sont noués entre les co-



Dsevilla, 2007. Certains droits réservés ©

DOSSIER

créateurs de la chanson. Au moment où Geneviève est entrée en scène dans la grande salle du centre d'hébergement, les résidents la connaissaient déjà bien. Le public était fébrile à l'idée d'entendre leur chanson. Sur son blog⁴, Geneviève avait écrit aussitôt après sa prestation :

« Un spectacle-intervention, c'est un show mais pas un show, c'est une intervention mais pas une intervention. C'est un peu magique. On ne peut pas l'expliquer ! On dirait que je ne chante pas de la même manière. Je ne chante pas juste pour moi. Je deviens leur voix. J'entre dans leurs vies comme un acte presque indiscret. J'ai l'impression de faire partie d'un tout. Comme si je participais à recoller nos corps éparpillés. Je me rappelle de Sylvie, de ses yeux lumineux comme une enfant, de la madame en avant de moi qui passait des commentaires pendant le show, qui trouvait que j'avais une belle robe et qui me le disait spontanément au milieu du show, de les voir touchés quand je nomme leurs noms. »

Il n'y a pas que la chanson qui a su rejoindre le public. Selon Jean-Pierre Dubé, coordonnateur professionnel au CSSS-Jeanne-Mance, membre du comité de prévention du suicide, le répertoire de la jeune artiste avait aussi bien joué son rôle : « Le choix des chansons venait toucher le public, par exemple, le besoin de crier. Je me disais quand tu vis des limitations et que tu retiens ça depuis longtemps... » La prestation est conçue par l'artiste pour passer à travers une variété d'émotions, à travers le rire, les chants, les pleurs.

Raisons de vivre

La prestation s'enchaîne avec une période d'échanges permettant le partage des émotions suscitées par la musique et les paroles. Selon Anne Villeneuve, psychologue au collège Ahuntsic, l'intérêt de la formule « spectacle-intervention » tient au fait que la musique favorise les échanges autour d'enjeux difficiles à aborder autrement : « Comme si la musique, criante de vérité, adoucissait un sujet souvent lourd à aborder. La musique permet aussi de

s'arrêter, d'écouter et créer une ouverture chez le spectateur, ce qui le rend plus disponible à l'animation qui suit. »

Cela dit, en raison de l'émotivité libérée par la prestation, il importe que l'animateur en soit un d'expérience. Dans le cadre des spectacles-interventions en prévention du suicide, l'animation fut assumée par Philippe Angers, intervenant de *Suicide-Action Montréal*, ayant une longue expérience clinique en intervention auprès de personnes en situation de crise suicidaire : « Quand tu amènes de l'art dans une conférence, c'est que tu veux toucher la fibre sensitive. Après il faut être capable de récupérer, il y a une certaine transition dans le bon *timing*, de la bonne façon. » Philip-

pe préconise d'établir un contact individuel avec les membres du public lorsque la situation le permet : « Je pense que c'est un des ingrédients de succès. Ça contribue à faciliter les discussions par la suite. Le deuxième objectif, ça me

permettait de voir qui avait plus ou moins de difficulté à communiquer. » Habitué des conférences classiques, Philippe explique que la particularité de l'animation des discussions tient dans la réciprocité des échanges et qu'il doit se mettre en position de recevoir ce que les gens vont apporter.

Étant conçue sur mesure avec le public, la démarche de spectacle-intervention permet d'explorer les valeurs et les raisons de vivre propres à des populations spécifiques.



Gamills, 2012. Certains droits réservés ©

Philippe remarque la prédominance de certains thèmes propres aux résidents hébergés comme la foi, la vie au présent et la reconnaissance comme personne à part entière :

« La foi, pour d'autres, c'est avoir confiance, avoir de l'espoir, l'importance de la religion, Jésus, j'ai entendu ça. La deuxième en importance, c'était de vivre la vie au jour le jour, d'être dans le présent, d'être dans des bonheurs simples. Cette dimension de prendre une journée à la fois. Et le troisième thème, le fait d'être reconnu, parfois, il faut du temps pour être entendu, reconnu, pour être utile. »

Il synthétise leurs prises de parole en une seule phrase par rapport au thème des raisons de vivre : la vie est dure, mais la vie est belle. Leurs interventions recoupent leurs motivations de départ. Philippe reconfirme que « ce qui a motivé les gens à écrire un texte, c'est de sentir qu'il pourrait influencer d'autres personnes qui sont déprimées en leur partageant leurs raisons de vivre. »

L'après-spectacle

Une fois la prestation terminée, comme beaucoup d'émotions peuvent rester en suspens, il importe de relayer le public à un intervenant du milieu pour assurer le suivi à plus long terme. Il s'agit de la condition *sine qua non* avant de réaliser un spectacle-intervention. Il importe aussi de prolonger l'événement à travers la production de souvenirs tangibles. En ce qui concerne l'expérience en hébergement, il est prévu de produire un enregistrement de la chanson et un recueil avec les textes des participants. Suzanne explique que ce matériel sera destiné aux résidents, mais que les intervenants pourront aussi y avoir accès via le site internet du CSSS, afin d'enrichir leur pratique par le biais des mots illustrant la résilience de personnes hébergées vivant avec des handicaps :

« Comme intervenant, quand tu es devant quelqu'un qui est en vécu de pertes, ça te questionne. [...] Tu peux facilement te dire : " Moi si j'étais dans cette situation-là, pas sûr que je trouverais des raisons de vivre." Il y a des risques que l'intervenant ressente l'impuissance du

résident ou de la personne qu'il veut aider, qu'il finisse par porter cette impuissance-là et qu'elle le menotte. »

En plus de rejoindre les intervenants, il est possible que la couverture médiatique⁵ de l'événement ait eu des effets sur le grand public. Suzanne remarque à ce propos : « Présenter des personnes avec des handicaps sévères avec des raisons de vivre. La première image d'une femme avec des atteintes motrices marquées s'exprimant avec un tableau de communication était frappante. Sans dire que ça change les mentalités, c'était une présentation positive. »

Retournement

Parti d'une simple association d'idées, le concept de spectacle-intervention s'est progressivement systématisé. Il s'est précisé grâce aux connaissances obtenues par l'expérience. Les différents publics ont conservé une forte impression de la démarche. En deux ans, ce concept a généré beaucoup d'engouement de la part des personnes concernées, des intervenants, des directions d'établissement et même des médias. En dépit d'études cliniques, il sem-

« ce qui a motivé les gens à écrire un texte, c'est de sentir qu'il pourrait influencer d'autres personnes qui sont déprimées en leur partageant leurs raisons de vivre. »

ble que l'approche produit des impacts positifs sur les personnes concernées, mais aussi sur les autres acteurs impliqués, qui reçoivent des outils de la part de ceux qu'ils désirent soutenir. Cela rappelle la chanson de Geneviève qui se conclut par un retournement de situation, quand l'aidant se trouve aidé par les personnes qu'il voulait soutenir :

*« Faites n'importe quoi, donnez-moi la main,
c'est tout ce qui compte. C'est vous, c'est votre
joie, qui met mon âme au monde »*

Dyer, J.H., Gregersen, H.B. et C.M. Christensen (2009). « The Innovator's DNA », *Harvard Business Review*, [en ligne], <http://uncw.edu/studentaffairs/pdc/documents/HBR-InnovatorsDNA.pdf>.
Linehan, M.M., Goldstein, J.L., Nielsen, S.L. et J.A. Chiles, J. A. (1983). « Reasons for staying alive when you are thinking of killing yourself: The Reasons for Living Inventory », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51: 276-286
Morissette, G. (2013). « Être importante », *Le courage d'écrire, Blog de Geneviève Morissette*, [en ligne] <http://genevievemorissette.blogspot.ca/search?updated-min=2013-01-01T00:00:00-08:00&updated-max=2014-01-01T00:00:00-08:00&max-results=2> (page consultée le 2 avril 2013)

Notes :

1 : Cet article a été rédigé à partir d'un entretien avec : Suzanne Malo (psychologue en centres d'hébergement du CSSS Jeanne-Mance), Jean-Pierre Dubé (Coordonnateur professionnel Équipes Accueil psychosocial et Suivi adulte, CSSS Jeanne-Mance), Philippe Angers (intervenant de Suicide-Action Montréal - Services à la famille et aux proches) et Geneviève Morissette (auteure-compositrice-interprète). Ont également contribué à l'article Martine Tremblay, directrice de l'établissement de détention Maison Tanguay et Anne Villeneuve, psychologue au Collège Ahuntsic.
2 : Geneviève possède un important bagage musical: gagnante de la 15^{ème} édition de *Ma première Place des Arts* 2009, spectacle-dévoilement de la chanson *Ces mots* à l'établissement de détention Maison Tanguay (reportage au *Téléjournal* de Radio-Canada), *Ces mots* est la chanson officielle de la Fondation Suicide-Action Montréal (lancement de la chanson en présence de Lise Dion), Gagnante du prix *Entrée en scène Loto Québec 2012 (RIDEAU)* à Objectif scène 2011, Diplômée de l'*École Nationale de la chanson de Granby*, Sélection officielle 2010 de *Vue sur la relève*, Première partie de Marie-Élaine Thibert, Participation aux *Francofolies de Montréal*, Sélection officielle 2008 du *Festival Petite Vallée*, Récipiendaire du prix de l'Audace et lauréate auteure-compositrice-interprète de *Chanson en fête de St-Ambroise*. Voir www.genevievemorissette.com
3 : Toujours à propos des intervenants du milieu, il ne faut pas oublier le soutien de la Fondation du CSSS Jeanne-Mance et de la Fondation EJLB, notamment sur le plan du financement. Les contacts avec la Fondation ont été réalisés par les membres du comité de prévention du suicide. Ce sont ces différents

soutiens qui ont permis au projet de naître.

4 : Blog de l'auteure-compositrice-interprète, Geneviève Morissette :

<http://genevievemorissette.blogspot.ca/search?updated-min=2013-01-01T00:00:00-08:00&updated-max=2014-01-01T00:00:00-08:00&max-results=2>

5 : Le spectacle a été couvert par *Le Téléjournal* de Radio-Canada. Il est possible de visionner le reportage sur le site de Radio-Canada à l'adresse suivante :

http://www.radio-canada.ca/nouvelles/arts_et_spectacles/2012/02/09/001-chanson-contre-suicide-morissette.shtml

La couverture du spectacle-intervention à l'établissement de détention Maison Tanguay est également disponible sur le site du *Téléjournal* de Radio-Canada, (9 février 2012) à l'adresse suivante :

http://www.radio-canada.ca/nouvelles/arts_et_spectacles/2012/02/09/001-chanson-contre-suicide-morissette.shtml

Équipe mixte policiers-intervenants en itinérance

Colmater les failles



DOSSIER

Marie-Claude Rose

Professionnelle de
recherche
CREMIS

Evelyne Baillergeau

Professeure associée
Département de sociologie
Université de Montréal

Chercheuse d'établissement
CAU-CSSS Jeanne-Mance et
CREMIS

Chercheuse affiliée
Université d'Amsterdam

Roch Hurtubise

Professeur
Département de travail social
Université de Sherbrooke

Membre du CREMIS

Christopher McAll

Professeur
Département de sociologie
Université de Montréal

Membre du CREMIS

Alain souffre d'un trouble délirant et consomme de la drogue par injection. Il vit dans la rue depuis les dix dernières années, où il subsiste principalement en faisant du squeegee¹. Tous les policiers du secteur le connaissent et il est fortement judiciairisé : il a reçu plus de 20 000 \$ de contraventions pour diverses entraves aux règlements municipaux. Ce matin, la camionnette du Service de police de la ville de Montréal (SPVM) lettrée EMRII s'arrête sur la rue Sherbrooke pour le saluer et prendre de ses nouvelles. L'éducateur spécialisé lui rappelle leur rendez-vous pour visiter une maison de chambres en fin de journée. Alain souhaite vivre sous un toit, mais au cours de la dernière année, ses comportements ont fait en sorte qu'il a été évincé des divers lieux où il était logé, malgré le travail d'accompagnement des intervenants du CSSS Jeanne-Mance. Au cours des derniers mois, une policière et une travailleuse sociale d'EMRII ont fait des recommandations aux patrouilleurs du poste de quartier 22 : « Alain est délirant ; il n'a pas d'intention criminelle. De plus, il est très collaborant. Allez lui parler et tentez de trouver des arrangements avec lui, afin que ses comportements soient moins dérangeants. » Les intervenants ont établi un bon lien avec lui, mais ils peinent à l'arrimer aux services sociaux de santé, puisqu'il est délirant et très méfiant.

Voilà un partenariat inusité. L'Équipe mobile de référence et d'intervention en itinérance (EMRII) a été mise sur pied à Montréal en septembre 2009. Il en va de la première équipe spécialisée en itinérance au Québec qui repose sur le travail concerté de policiers du SPVM et d'intervenants du Centre de santé et de services sociaux (CSSS) Jeanne-Mance. EMRII est un service de deuxième ligne² qui prend le relais d'interventions complexes concernant

des personnes en situation d'itinérance qui sont l'objet d'interventions policières à répétition³ et qui présentent divers éléments de vulnérabilité⁴. Cette équipe, qui a grandi au fil des ans, est aujourd'hui composée de cinq policiers, d'une travailleuse sociale, d'une infirmière et d'un éducateur spécialisé.

EMRII est fondée sur la rencontre de deux cultures professionnelles pour le moins

contrastées. Comment cette rencontre s'opère-t-elle sur le terrain ? Quel en est l'impact sur la trajectoire des personnes desservies ? Entre les mois de mars et octobre 2012, nous avons regardé de près le travail de cette équipe.⁵

De nature proactive et préventive, EMRII rejoint des personnes parmi celles qui sont les plus désaffiliées au sein de la population itinérante, en restant en lien avec elles là où elles se trouvent : dans la rue, à l'hôpital, dans des ressources communautaires, en thérapie, à la cour ou en prison. Cette collaboration vise à colmater les failles existantes entre les services par une meilleure cohérence entre les actions du SPVM, du CSSS et des autres acteurs en itinérance, ainsi que par la recherche de réponses sur mesure qui peuvent être atypiques quant aux façons habituelles de travailler des deux institutions partenaires. Globalement, les personnes référées⁶ à EMRII sont connues des services – on parle notamment de plusieurs « hauts utilisateurs d'urgence » –, mais les divers acteurs ont le plus souvent une vision morcelée de la personne et de sa situation. Qui plus est, ces acteurs ont parfois abandonné devant la complexité de la situation de personnes qui ne correspondent à aucune catégorie de service ou face à leur non-collaboration.

Au sein d'EMRII, policiers, intervenants sociaux et infirmière travaillent ensemble dans le cadre de patrouilles mixtes. L'équipe a offert un suivi intensif à 95 personnes entre l'automne 2009 et l'automne 2012 (suivi d'une durée moyenne de treize mois).⁷ Plus de 150 autres personnes ont également reçu directement ou indirectement une aide ponctuelle de la part de l'équipe, afin de les diriger vers les services, d'arrimer les services entre eux ou d'orienter le travail des patrouilleurs. En tant qu'équipe mixte s'inscrivant dans une pratique de gestion de cas, EMRII figure parmi les pionniers au plan international.⁸

Points de vue

La mise en œuvre d'EMRII à Montréal est l'occasion d'un choc de cultures. L'articulation entre les logiques d'action que sont la gestion de l'ordre public, la promotion de la santé et la réinsertion sociale est pour le moins inhabituelle. Si, généralement, l'une commence là où s'arrête l'autre, dans le cadre d'EMRII, ces logiques d'action se côtoient au sein d'une intervention commune. De plus, convenir des résultats attendus de l'équipe mixte n'est pas toujours chose facile lorsque les professionnels qui la composent relèvent d'attentes institutionnelles différentes.

La diversité des points de vue, qui constitue l'essence même de la collaboration interprofessionnelle, est aussi le plus grand défi qu'elle rencontre. Un objectif central de l'équipe mixte est que les informations et les pouvoirs d'action que possèdent les policiers et les intervenants de la santé et des services sociaux soient mobilisés dans une même direction. Il y a partage d'information du fait qu'on rapproche deux secteurs d'intervention autour d'une même personne, notamment parce que de nombreuses interventions sont réalisées conjointement mais, plus largement, parce qu'on tente d'avoir une vision d'ensemble de la situation de la personne. S'il demeure des défis liés à cette collaboration inédite entre le SPVM et le CSSS Jeanne-Mance, plusieurs ont été aménagés avec satisfaction, dont l'échange d'informations⁹ et le partage des rôles.



Thomas Leuthard, 2010. Certains droits réservés (cc)

Au sein de l'équipe, il y a un consensus autour du fait qu'on s'adresse à des personnes peu reconnues et peu entendues : au quotidien, un travail de tous les membres d'EMRII consiste donc à faire exister la personne à travers la création d'un lien. Il y a également un important travail effectué pour amener la personne à reconnaître et à limiter les risques encourus, à identifier ses besoins et à se mobiliser vers son propre mieux-être. Notons que le rôle des policiers EMRII repose principalement sur un travail de suivi et de prévention. Bien qu'en uniforme policier, ils ne procèdent pas à des arrestations, remises de contravention ou autre travail de nature répressive. Lorsque des situations l'exigent, en raison d'un mandat d'arrêt, de comportements violents ou d'un état mental perturbé nécessitant un transport hospitalier, ils font appel aux patrouilleurs.

« Dans quoi on est ? »

Monsieur Paré est un homme vivant à la rue depuis plus de quinze ans lorsqu'il est référé à EMRII. Il a une dépendance aux drogues dures et est réputé faire des psychoses toxiques à répétition. Monsieur Paré a été l'objet d'un nombre record de transports hospitaliers. Il est très connu des policiers du centre-ville qui interviennent auprès de lui plusieurs fois par jour, parce qu'il est au milieu de la rue, scrutant le sol, ou qu'il est très intoxiqué. Au cours des premiers mois de suivi, intervenants et policiers iront le voir régulièrement sur la rue, à l'hôpital et lors de ses séjours en détention. Ils vont également colliger différentes informations auprès des nombreux acteurs autour de monsieur Paré : patrouilleurs qui le côtoient au quotidien, commerçants et professionnels de la santé.

Derrière un « simple problème de toxicomanie », l'infirmière, la travailleuse sociale et l'éducateur spécialisé émettent l'hypothèse d'une inaptitude cognitive liée à un problème de santé mentale. C'est sur la base d'un dossier étoffé que les professionnels d'EMRII vont interpellier patrouilleurs et personnel hospitalier à participer à une intervention cohérente visant une requête d'évaluation psychiatrique. Après une année et demie de suivi, et après avoir fait preuve de créativité et de beaucoup d'insistance auprès des collègues de leurs institutions respectives, monsieur Paré a été pris en charge par une équipe en santé mentale et aujourd'hui, il est hébergé en CHSLD.

C'est aux points de rencontre des mandats de chaque institution que se définira l'espace de

travail de l'équipe mixte. L'intervention repose sur une analyse commune qui est souvent exprimée par les professionnels d'EMRII par le fait de convenir « dans quoi on est ». On pourrait craindre que l'un ou l'autre des acteurs soit à l'occasion freiné dans sa mission dans le cadre des interventions conjointes d'EMRII. On pourrait aussi redouter que cet espace qui combine les obligations d'agir de plusieurs professions soit fort étroit et qu'il signifie pour les personnes desservies des relations de contrôle accrues. Or, ce qui se dessine est davantage un continuum entre différents registres d'intervention qui s'appuient sur une définition commune à propos d'une personne et de sa situation. Le travail de chaque professionnel de l'équipe consiste notamment à s'assurer que les préoccupations dont il est garant ne soient pas échappées dans l'élaboration des stratégies d'intervention.¹⁰

C'est ensuite sur la base d'une vision d'ensemble de la situation d'une personne et de l'environnement que différents acteurs seront interpellés par les professionnels d'EMRII en vue d'une intervention cohérente. Le rôle des policiers EMRII est d'être en lien avec l'environne-

« ce qui se dessine est
davantage un
continuum entre
différents registres
d'intervention qui
s'appuient sur une
définition commune
à propos d'une
personne et de sa
situation. »

ment de la personne (patrouilleurs, résidents, commerçants) afin de favoriser une cohabitation harmonieuse. Ils sont en contact régulier avec les patrouilleurs qui côtoient la clientèle d'EMRII, les tenant informés du développement des suivis et faisant des recommandations sur des interventions appropriées : « Le rôle le plus important [du policier EMRII], c'est la courroie de transmission. On vit l'intervention, on observe ce qui se passe au niveau biopsychosocial et légal, on obtient certaines informations sur l'individu, ses forces, ses difficultés. Puis on fait des recommandations et on soutient les patrouilleurs. On a l'expertise de la mentalité policière, on est les meilleures personnes pour comprendre leur réalité et leur donner les bons outils pour travailler avec ces gens-là quand on n'est pas là. » (Policier EMRII)

Pour leur part, infirmière, travailleuse sociale et éducateur spécialisé restent en lien avec la personne à travers les différents lieux où elle se trouve, afin de favoriser un rapport de confiance, de travailler la motivation et de trouver des ressources pour l'accompagner vers un mieux-être, en mobilisant différents acteurs autour d'elle. Un intervenant d'EMRII soutient à ce sujet que « La particularité d'EMRII, c'est qu'on fait de la gestion de cas et on va suivre la personne partout où elle est, à travers tous les services – y compris le système de justice – pour éviter le phénomène des portes tournantes. Pour la première fois, on a vu des équipes du CSSS apparaître en prison. On va aussi se déplacer à la cour pour participer aux recommandations à propos de la sentence. »

EMRII n'a pas pour mandat de déjudiciariser les personnes qu'elle dessert. Par ailleurs, les contours de la judiciarisation sont revus à la mesure de l'évaluation de la vulnérabilité des personnes qui est réalisée par les intervenants sociaux et de la santé du CSSS. Le travail de collaboration entre les professionnels d'EMRII et les acteurs du système judiciaire permet de

noter le chemin parcouru au sein de l'équipe concernant l'articulation entre différentes logiques d'action. Si ce furent au départ des espaces de rencontre difficiles à concilier dans un travail d'intervention conjointe, il est aujourd'hui convenu que la posture de l'équipe face à la cour consiste à faire un état de la situation et des recommandations visant à ce que la personne soit entendue et qu'elle accède aux services dont elle a besoin ; cela tout en permettant de dénouer la récurrence des interventions policières et les enjeux de cohabitation dans l'espace public. Les dossiers présentés à la cour par les policiers EMRII s'adressent à la fois au procureur et à l'avocat de la défense. De plus en plus reconnue pour son expertise judiciaire en matière d'itinérance, EMRII est sollicitée par la cour dans certains dossiers pour y faire des recommandations.

Respect

Pour des dizaines de personnes qui vivaient à la rue depuis dix, quinze ou vingt ans et qui faisaient les portes-tournantes des hôpitaux et des prisons, les professionnels de l'équipe sont parvenus, à moyen et à long terme, à cheminer avec elles vers une stabilisation de leur état de

santé, à les arrimer aux services et à contribuer à une cohabitation publique plus harmonieuse.

Quelques personnes alors desservies par EMRII ont été rencontrées au cours de l'été 2012. Toutes ont parlé d'une expérience positive avec les professionnels d'EMRII. Il s'agit avant tout pour elles d'être abordées avec respect, d'être entendues et reconnues. Et c'est à cette lumière

qu'elles évaluent la pertinence des services d'EMRII et qu'on les compare aux autres services à travers lesquels elles sont passées, comme le souligne cet homme rencontré en entrevue :

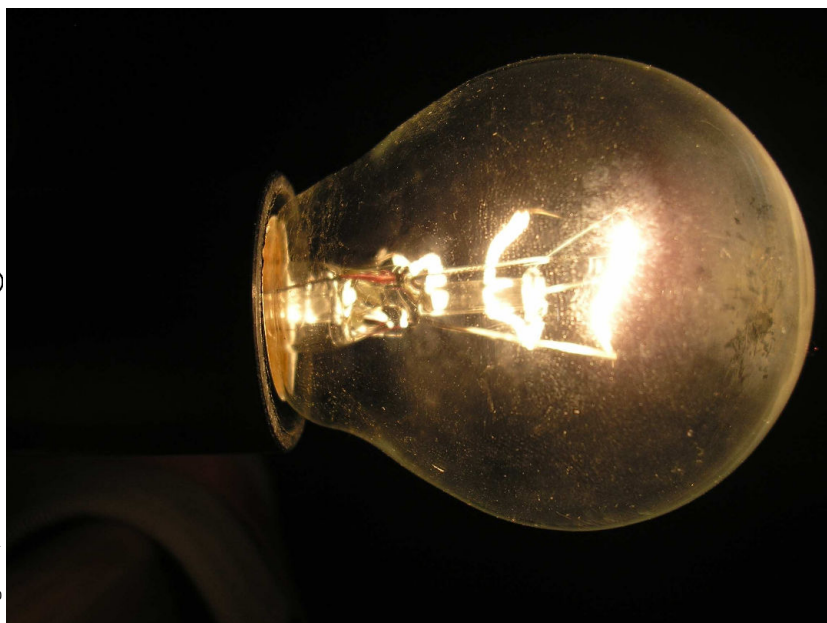
« Dans les hôpitaux, ils me connaissaient. Ils me gardaient pour la nuit et l'affaire que je savais, ils me mettaient dehors le matin. En sortant de là, c'était une bouteille de bière et je recommençais à

consommer. (...) L'hôpital n'aurait jamais fait une chose semblable. Mais eux [EMRII] savaient que ça ne *feelait* pas. Ils savaient que j'étais nerveux et que la boisson avait le contrôle. Avec les conseils que j'ai eus du CLSC et des policiers, et l'entourage qu'ils m'ont donné, ils sont venus à bout de me faire comprendre beaucoup de choses. »

Certains estiment faire l'objet d'un traitement préférentiel qui surprend, mais qui réconforte aussi. D'autres parlent d'une équipe qui leur a été d'une grande utilité. Compte tenu de leurs mauvaises expériences antérieures, plusieurs s'étonnent aussi du travail des policiers EMRII. On apprécie leur rôle non intrusif et les interventions en prévention, dont les mises en garde et les conseils pour éviter les interventions policières. Pour plusieurs, EMRII met de l'avant la dimension « protection » de la police : « Eux, leurs questions, ils ne vont pas vraiment tou-

« Eux, leurs questions, ils ne vont pas vraiment toucher le côté prisonnier et qu'est-ce que j'ai fait pour aller en prison. Eux, c'est plutôt : qu'est-ce que je devrais faire pour changer mon mode de vie. »

DOSSIER



DOSSIER

pour aller en prison. Eux, c'est plutôt : qu'est-ce que je devrais faire pour changer mon mode de vie.»

Passeurs

La rencontre des expertises et des moyens de travail des policiers et des intervenants du CSSS apparaît comme un atout important pour se donner les moyens d'un suivi continu et travailler de manière créative avec des personnes qui, du point de vue des différents acteurs, apparaissent et disparaissent. Les professionnels d'EMRII sont parvenus à établir une identité d'équipe, un langage commun et un partenariat équilibré entre deux cultures d'intervention fort distinctes. Parmi les facteurs qui contribuent à cet équilibre au sein de l'équipe mixte, les professionnels rencontrés notent : la présence de professionnels d'expérience, le savoir-faire et le savoir-être acquis sur le terrain dans le cadre d'interventions conjointes, la double

coordination (une au sein de chaque institution) et l'esprit de collaboration des personnes qui composent l'équipe. Autant d'ingrédients contribuant à ce que les rôles ne soient pas confondus et que les limites de l'intervention de chaque professionnel soient claires, tout en ayant la souplesse d'aménager des espaces de collaboration.

EMRII constitue un espace d'innovation dans la rencontre de deux univers d'intervention, alors que la collaboration entre les différents acteurs qui travaillent en itinérance demeure un enjeu de taille. En filigrane de leur mandat premier de contribuer à de meilleures conditions de vie des personnes, les membres de l'équipe et les gestionnaires d'EMRII expriment le désir de contribuer à un changement dans les pratiques de leurs institutions. Parmi les efforts déployés en ce sens, il y a l'élaboration d'outils de référence et des capsules d'information destinés aux patrouilleurs pour guider leurs interventions auprès de personnes à la rue. S'il y a traditionnellement de la méfiance entre les acteurs des milieux de la santé, des services sociaux et communautaires et les policiers – notamment, de fréquentes incompréhensions quant à la façon d'exercer le jugement professionnel – les professionnels d'EMRII se définissent comme des passeurs qui permettent peu à peu une meilleure compréhension entre deux univers organisationnels.

Dans le cadre de la recherche menée en 2012, nous nous sommes principalement intéressés au fonctionnement interne et aux pratiques d'intervention propres à l'équipe EMRII. Il y aurait, dans un deuxième temps, à documenter la manière dont l'expérience de ce partenariat influence les pratiques des institutions partenaires, à la fois au SPVM et dans les CSSS. Dans un contexte où l'itinérance est une réalité de plus en plus présente dans les divers secteurs de l'île de Montréal et de la province, il nous semble devoir se poser la question de l'impact d'EMRII sur les institutions porteuses.

Notes :

1 : Il s'agit de nettoyer le pare-brise des voitures lorsqu'elles sont arrêtées aux feux rouges, en échange de quelques sous.

2 : Nous parlons de deuxième ligne au sens où les personnes doivent être référées à EMRII et que l'é-

« En filigrane de leur mandat premier de contribuer à de meilleures conditions de vie des personnes, les membres de l'équipe et les gestionnaires d'EMRII expriment le désir de contribuer à un changement dans les pratiques de leurs institutions. »

quipe offre un suivi à moyen et long terme. En comparaison, les services de première ligne se caractérisent par leur accessibilité et une réponse immédiate pour des services de base (refuges, urgences, centres de jour, unités mobiles, etc.). Ainsi, les services courants en CLSC ou les policiers patrouilleurs qui répondent aux appels d'urgence font un travail de première ligne.

3 : Les nombreuses interventions policières sont généralement liées à leurs conditions de vie précaires : transports ambulanciers demandant une assistance policière, entraves aux règlements municipaux, appels au 911 par des citoyens s'inquiétant de l'état de santé d'une personne, plaintes de résidents liées à la cohabitation dans l'espace public, non-respect des conditions de probation.

4 : Les facteurs de vulnérabilité sont le plus souvent de l'ordre de la santé mentale et de la toxicomanie, mais peuvent également inclure la déficience intellectuelle, des problèmes de santé physique, des traumatismes crâniens ou des atteintes neurologiques.

5 : Ce texte est tiré du rapport de recherche

« Nouvelles pratiques de collaboration entre policiers et intervenants sociaux et de la santé dans l'intervention en itinérance à Montréal. » M.-C. Rose, E. Baillergeau, R. Hurtubise, C. McAll. Novembre 2012. 144 pages. Rapport de recherche et synthèse disponibles au www.cremis.ca.

6 : D'abord pensé comme un service pour dégager les policiers du SPVM d'interventions à répétition, seuls ces derniers peuvent référer des personnes à EMRII. L'équipe mixte dessert des personnes sur tout le territoire de l'île de Montréal et 16 postes de quartiers différents ont fait appel à leurs services entre 2009 et 2012.

7 : À la fin octobre 2012, sur les 95 dossiers EMRII qui ont été ouverts au cours des trois dernières années, on compte 51 dossiers « actifs », 38 « fermés » ou « en voie de fermeture » suite à la stabilisation de la situation des personnes à moyen terme, à une cessation des appels au 911 et à l'arrimage à des services appropriés (hébergement, services spécialisés en itinérance, équipes en santé mentale, services réguliers du réseau de la santé et des services sociaux, services communautaires) et trois dossiers fermés puisqu'inactifs depuis une année (personnes hors du secteur du SPVM). Enfin, trois personnes sont décédées.

8 : À ce sujet, voir la synthèse bibliographique sur la collaboration police / santé et services sociaux au sujet de l'itinérance aux États-Unis, en Australie et en Europe, réalisée par Evelyne Baillergeau et al. Montréal : CREMIS, 15 novembre 2012.

9 : Dès les débuts de l'équipe, il est convenu que le SPVM et le CSSS tiendront leurs dossiers respectifs sur les personnes desservies par EMRII, colligeant les informations selon leurs mandats et responsabilités professionnelles. Puis, diverses ententes formelles et informelles visent à garder un équilibre toujours fragile entre en dire trop – et contrevenir aux règles

de la protection de la vie privée – et n'en dire pas assez – et nuire au travail de collaboration en limitant la compréhension d'une situation ou des stratégies d'intervention préconisées.

10 : Des stratégies d'intervention vont prévaloir et être redéfinies à la mesure de l'évaluation de la condition physique et mentale de la personne, de ses comportements dans l'espace public, des actions des autres professionnels autour de la personne, des exigences et pressions exercées par la Ville, les citoyens et les résidents, et des diverses responsabilités de chaque professionnel.



Cuxbrasil, 2004. Certains droits réservés (CC)

Saisir de façon plurielle la problématique DITED¹-Justice

DOSSIER

Guillaume Ouellet

Candidat au doctorat
Département de sociologie
Université de Montréal

Daphné Morin

Conseillère à la recherche
et à l'innovation
Direction de la recherche et
du transfert de connaissances
CRDITED de Montréal

Le regard de l'autre

Raoul, un homme dans la mi-trentaine ayant une déficience intellectuelle moyenne, a été interpellé par des policiers alors qu'il fumait un joint.

Les policiers l'abordent en disant :

- Tiens, tiens, tu n'as pas le droit de fumer un joint.

Raoul rétorque candidement :

- J'ai le droit, c'est à moi, je l'ai payé.

Les policiers :

- Tu dois écraser ça par terre, la consommation doit cesser.

Raoul :

- Je l'ai payé, je ne veux pas le donner, c'est à moi, pourquoi m'achalez-vous ?

Il s'en suit une altercation avec les policiers (bousculade, coup de tête), des accusations sont portées (entrave au travail des policiers, possession simple, bris de conditions). Raoul doit faire face à la justice...

Extrait du récit présenté dans le cadre de l'atelier intersectoriel *Raoul et les craques du plancher*.²



Gabriella Camerotti, 2007. Certains droits réservés (CC)

Le nom est fictif, mais la situation est bien réelle. Le contact de personnes présentant une déficience intellectuelle (DI) ou un trouble envahissant du développement (TED) avec le système de justice pénale attire l'attention publique depuis maintenant une quinzaine d'années. Les occasions de conflit, d'incompréhension ou de transgression impliquant ces personnes, autrefois confinées et traitées en institution, n'ont jamais été aussi grandes et visibles. Aujourd'hui, les acteurs mobilisés autour de cette problématique (parents, intervenants communautaires, policiers, intervenants psychoso-

ciaux, avocats, juges, psychiatres et psychologues) estiment qu'il faut arrimer les services, harmoniser les pratiques, former les professionnels, développer un langage commun et décroïsonner les secteurs pour cesser de travailler en silos. Pourtant, lorsque se présente une situation réelle, ces mêmes acteurs arrivent difficilement à s'entendre sur les mesures à prendre. Comment soutenir une femme ayant une déficience intellectuelle, qui se dit victime d'un abus sexuel, qui ne peut décrire adéquatement son agresseur, le lieu du délit et qui peine à établir la chronologie des événements ? Comment intervenir auprès d'un jeune homme composant avec une déficience intellectuelle, isolé socialement, qui commet des vols à l'étalage à répétition ? Quel encadrement offrir à une personne judiciarisée ayant un trouble envahissant du développement qui menace et frappe à répétition les personnes qui l'approchent trop rapidement ?

Ces situations, qui ne font pas la une des journaux, sont désormais courantes pour les policiers et les intervenants du réseau de la santé et des services sociaux. La problématique DI-TED-Justice est mal connue à la fois du réseau socio-sanitaire (SSS) et des milieux judiciaire et correctionnel. Pourtant, sur le plan de l'intervention à déployer, ces situations soulèvent de sérieux défis.

La société québécoise est témoin d'une croissance du phénomène de recours à la justice pénale pour gérer des problèmes impliquant

des personnes ayant une DI ou un TED. Les études et les constats faits sur le terrain indiquent que le recours à la justice pénale ne se fait pas sans heurts pour ces personnes et leurs proches.

Par défaut

Les personnes ayant une DI ou un TED représentent une population vulnérable lorsqu'elle entre en contact avec le système de justice à titre de victimes. Ces personnes rencontrent d'importants obstacles au cours du processus judiciaire, à un point tel qu'elles formeraient le groupe dont l'accès au système de justice est le plus souvent refusé (Mercier, 2005 ; Milne et Bull, 2001 ; Petersilia, 2001), d'où les notions de « double victimisation » et de « survictimisation ». Victimes d'actes répréhensibles, elles sont aussi victimes de proches ou de soignants qui ne voient ou n'accordent que peu d'importance au dévoilement de ces situations. Elles sont également victimes du système pénal qui tend à rejeter leur témoignage et la preuve présentée. Malheureusement, peu d'études menées à travers le monde se sont penchées sur leur situation et, à ce titre, le Québec ne fait pas exception.

Lorsque ces personnes sont judiciarisées à titre de contrevenantes, leur condition de vulnérabilité joue également en leur défaveur. Elles seront souvent les dernières à quitter les lieux et donc, les premières à être arrêtées et à s'incriminer. Sans accompagnement, elles ne se présenteront que rarement à leur comparution, respecteront difficilement leurs conditions de remise en liberté et feront alors l'objet de nouvelles poursuites judiciaires (bris de conditions). Lorsqu'elles sont condamnées à la prison, elles purgent généralement la totalité de leur peine et n'ont pas accès aux programmes

« Comment soutenir une femme ayant une déficience intellectuelle, qui se dit victime d'un abus sexuel, qui ne peut décrire adéquatement son agresseur, le lieu du délit et qui peine à établir la chronologie des événements ? »

DOSSIER

« à leur sortie de détention, portant le statut d'ex-détenus en plus de celui de DI ou de TED, peu de ressources sont disposées à les accueillir, ces populations étant stigmatisées et marginalisées. »

de formation ou de réinsertion, ceux-ci étant inadaptés à leur condition. Pendant leur séjour, elles sont souvent mises à l'écart, exploitées et victimisées par les co-détenus. En un mot, elles font du temps pour faire du temps. Elles vivent alors de graves problèmes de communication et même des pertes d'acquis. Enfin, à leur sortie de détention, portant le statut d'ex-détenus en plus de celui de DI ou de TED, peu de ressources sont disposées à les accueillir, ces populations étant stigmatisées et marginalisées. Dans une étude menée en milieu carcéral, nous avons abondamment documenté les impacts négatifs du traitement pénal (Mercier *et al.*, 2010).³ Nos analyses démontrent que pour les personnes incarcérées ayant une DI, le système pénal s'est substitué aux autres formes d'intervention.

Le contact avec le système pénal à titre de contrevenant exacerbe leur vulnérabilité à toutes les étapes du processus. Après quelques passages dans le système, elles s'ancrent dans une identité criminelle, un stigmate qui fait obstacle à l'accès aux services et qui les prive de leurs droits fondamentaux. De plus, ces personnes sont souvent isolées socialement : elles sont sans lien de services avec les centres de réadaptation en DI et en TED (CRDITED) (Mercier *et al.*, 2010 ; Jones, 2007) et certaines présentent un profil d'itinérance (Picard et Mercier, 2011). Le système pénal se révèle alors être une solution « par défaut ».

En eaux troubles

Malgré la bonne volonté de tous, la coordination du travail intersectoriel, à l'interface de l'univers psychosocial et de la justice pénale, s'arti-

cule difficilement. Pour réduire les difficultés générées par le contact des personnes ayant une DI ou un TED avec la justice pénale, la formation est présentée comme la piste d'action principale. On estime que les professionnels occupant un rôle dans le processus pénal devraient recevoir une formation sur la DI et les TED et que les professionnels du réseau de la santé et des services sociaux devraient recevoir une formation sur le processus judiciaire.

Or, la portée de la formation, telle qu'on la retrouve à l'heure actuelle, demeure limitée. On



Kajrdi, 2007. Certains droits réservés

peine à former des « super-experts » qui seraient outillés pour naviguer à l'interface des divers réseaux et services concernés. Sans nier l'importance de la sensibilisation à la problématique, rien ne garantit qu'une meilleure connaissance en DITED ou une meilleure connaissance du processus pénal, ne modifie la trajectoire de ces personnes. La vision idéalisée de l'action intersectorielle (horizontale, séquentielle et coordonnée) se frappe à une réalité beaucoup plus complexe, caractérisée notamment par la diversité des réseaux et des acteurs impliqués, la superposition des cadres juridiques et des processus décisionnels, des logiques d'action concurrentes et la présence chez les personnes de plusieurs problématiques. Les acteurs qui s'engagent dans l'action intersectorielle en DITED-Justice doivent le faire en acceptant de composer avec des balises multiples, des zones de flou et une réalité en

mouvement, comme le soulignent Campenhoudt et al., (2005 : 35) : « Les phénomènes sociaux ne sont ni des réalités externes indépendantes des représentations et des pratiques des individus, ni de pures créations subjectives. C'est dans le jeu des interactions, des relations et des rapports sociaux entre acteurs, que se (re)produisent les réalités sociales. »

Appropriation

Avec le soutien financier de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, le CRDITED de Montréal et l'équipe DI, TED et intersectorialité (INTERTEDDI) ont élaboré une formation en quatre modules portant sur la problématique DITED-Justice.⁴ Cette formation s'adresse à l'ensemble des professionnels concernés par la problématique DITED-Justice (SSS, MSP, SP, MJQ, etc.).⁵ La formule pédagogique mise sur l'expertise des professionnels des réseaux impliqués et confère à chacun des participants le statut « d'apprenant » et celui de « détenteur de connaissances ». À ce sujet, les propos de De Coninck et al. (2005 : 9) sont éclairants :

« Qui, mieux qu'un magistrat, peut faire état des attentes parfois contradictoires auxquelles son rôle est soumis ? Qui, mieux qu'un assistant de justice, peut rendre compte de la coopération contrainte qu'il est chargé d'établir entre un justiciable, un thérapeute et une commission de probation ? Qui mieux qu'un travailleur social, connaît intimement le jeu informel qui rend effective la médiation de dette dont il assure la guidance ? Loin d'être uniquement pratique ou technique, la connaissance des professionnels de terrain est de plus en plus réflexive, construite et critique. »

Cette formule vise à présenter et saisir de façon plurielle – à travers le prisme de l'intersectorialité – la problématique DITED-Justice. Chaque séance comporte deux étapes, une première qui consiste en une présentation magistrale de la problématique, entrecoupée d'exercices d'appropriation, et une deuxième, structurée autour d'échanges portant sur des situations survenues (anonymisées) ou d'initiatives spécialisées. L'exercice favorise ainsi l'appropriation de la problématique en prenant en compte

le regard de l'autre. Cette méthode cherche à comprendre le sens que les acteurs donnent à leurs pratiques. Elle permet non seulement de rendre une diversité de points de vue explicite, mais aussi de les confronter pour, ultimement, élaborer des pistes de solution concrètes et viables.

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (2009). *Plan d'action montréalais 2009-2012 - Services destinés aux personnes ayant une DI ou un TED*, Montréal, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.

Corbin-Charland, O., Ouellet, G., Mercier, C. et J.-P.

Gagnon (2011). *Répertoire d'initiatives et de pratiques novatrices - DITED Justice*, Montréal, Équipe de recherche Déficience intellectuelle troubles envahissants du développement et intersectorialité. (Document accessible à l'adresse <http://dited-justice.ca>)

Crocker, A. G., Côté, G., Toupin, J., et B. St-Onge (2007). « Rate and characteristics of men with intellectual disability in pre-trial detention », *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 32, 2: 143-152.

De Coninck, F., Cartuyvels, Y., Franssen, A., Kaminski, D., Mary, P., Réa, A., Van Campenhoudt, L. et F. Toro (2005). *Aux frontières de la justice, aux marges de la société. Une analyse en groupes d'acteurs et de chercheurs*, Gent, Belgique, Academic Press et Politique scientifique fédérale.

Jones, J. (2007). « Persons with intellectual disabilities in the criminal justice system: Review of issues », *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 51, 6: 723-733.

Mercier, C. (2005). « La victimisation chez les personnes avec une déficience intellectuelle », *Journal international de victimologie*, 3(3).

Mercier, C. et R. Baraldi (2004). *Étude exploratoire sur l'intervention adaptée aux personnes présentant une déficience intellectuelle ayant commis des délits: Rapport d'étape présenté à la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre*. Lachine, Qc, Centre de réadaptation Lisette-Dupras.

Mercier, C. et G. Ouellet (2010). « Perceptions du personnel en milieu carcéral face aux détenus avec une déficience intellectuelle », *Journal on Developmental Disabilities / Le journal sur les handicaps du développement*, 16, 3 : 11-17.

Mercier, C., Crocker, A., Côté, G. et G. Ouellet (2010). *Quand la participation sociale emprunte la voie pénale. Rapport de la recherche : Nouvelle normativité sociale et déficience intellectuelle - les réponses du système pénal*, Montréal, Équipe Déficience intellectuelle, troubles envahissants du développe-

ment et intersectorialité.

Milne, R., et R. Bull (2001). « Interviewing witnesses with learning disabilities for legal purposes », *British Journal of Learning Disabilities*, 29, 3 : 93-97.

Morin, D., Mercier, C. et G. Ouellet (À paraître). *La judiciarisation de personnes ayant une déficience intellectuelle: une face sombre de la participation sociale*. Conférence présentée aux Actes du Xle Congrès de l'Association internationale de recherche scientifique en faveur des personnes handicapées. Société(s) en développement durable: une logique inclusive pour les personnes en situation de handicap?, Mons, Belgique.

Morin, D., Ouellet, G., et C. Mercier (2009). « Les comportements susceptibles d'être judiciarisés chez les personnes avec une déficience intellectuelle », *Revue francophone de déficience intellectuelle*, 20 (Numéro spécial).

Ouellet, G., Morin, D., Mercier, C. et A. Crocker (2012). « Nouvelle normativité sociale et déficience intellectuelle : l'impasse pénale », *Lien social et Politiques*, 67 : 139.

Notes :

1 : Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement

2 : Projet de recherche *Vers des modèles d'intervention en DITED-justice : une mise en réseau des expertises*, CRDITED de Montréal, 14 février, 2012.

3 : Il s'agissait d'une étude de dossiers de personnes (homme ou femme) ayant une DI, détenues à la suite de poursuites ou condamnations pour des infractions relativement mineures (pouvant donner lieu à des condamnations dont la peine ne pouvait dépasser 2 ans moins 1 jour) dans trois établissements de détention de Montréal. Des entrevues de groupe avec des intervenants des services correctionnels et de réadaptation complétaient la démarche de recherche.

4 : La formation, qui se décline en quatre modules, traitera des enjeux reliés aux contacts des personnes ayant une DI ou un TED avec la justice pénale et leurs impacts sur les pratiques (cliniques et de gestion) à l'interface des réseaux de la santé et des services sociaux et de la justice. Le module préalable *Introduction à la problématique* se déroule sur une demi-journée, alors que les trois modules thématiques se dérouleront sur une journée (Thématique 1 : *Judiciariser ou non ?* ; Thématique 2 : *Un traitement judiciaire adapté ?* ; Thématique 3 : *De la sanction pénale à la réinsertion sociale, quelles voies de passage ?*). Pour information ou pour participer à la formation: DITEDJustice.formation@gmail.com

5 : Réseau de la santé et des services sociaux, Ministère de la sécurité publique, service de police, Ministère de la justice du Québec.

Inclusion de la participation publique en santé mentale

La rencontre des savoirs

« Supposons, par exemple, que la cité ne puisse exister qu'à la condition que nous soyons tous joueurs de flûte [...] souvent le fils d'un bon joueur de flûte resterait mauvais, et le fils d'un mauvais deviendrait bon; cependant tous les citoyens seraient des joueurs de flûte passables comparés aux ignorants, complètement étrangers à l'art de la flûte. » (Platon, Protagoras)



Denny 637, 2012. Certains droits réservés ©

Un aspect assez peu commenté de la réforme québécoise des services sociaux et de santé de 2003 est l'inclusion de la participation publique dans son processus d'implantation. L'étude de la mise en place du *Plan d'action en santé mentale, La force des liens 2005-2010* (PASM), qui en est assurément partie prenante, peut néanmoins en donner un aperçu. Cette réforme a mené à la création de 95 centres de services sociaux et de santé (CSSS) au Québec. Formés par la fusion d'établissements locaux, généralement avec au moins un CLSC, un CHSLD et un CH¹, ils sont chacun chargés de coordonner un

réseau local des dispensateurs de services à l'intention de la population de leur territoire. À cette responsabilité « populationnelle » s'ajoute le mandat de « hiérarchisation » des services. Les CSSS sont directement responsables d'offrir les services de soins généraux

DOSSIER

Jean Gagné

Professeur
TÉLUQ
Membre du CREMIS

Michèle Clément

Chercheure
GRIOSE-SM

Yves Lecomte

Professeur
TÉLUQ
Membre du CREMIS

Baptiste Godrie

Candidat au doctorat
Département de sociologie
Université de Montréal

Agent de recherche
CREMIS

Avec la participation de
Denise M. Blais (GARE),
Sylvain Caron (Projet de
participation de Montréal),
Sally Rob (GARE) et Pierre
Turcotte (Collectif des Lau-
rentides en santé mentale)

ou de première ligne et d'établir des ententes avec d'autres dispensateurs pour garantir l'accès aux services spécialisés et ultraspécialisés de deuxième et de troisième ligne. Un cadre de référence publié par le ministère en 2004 guide les CSSS dans l'élaboration locale de ce projet organisationnel et clinique. On y précise que « dans le but de rapprocher la prise de décision de ceux qui bénéficient des services, la participation représentative de la population et des personnes est essentielle ». Les CSSS se voient donc confier la responsabilité d'en fixer les modalités et d'offrir les conditions favorables à cette éventuelle implication populaire dans la gestion d'un service public (MSSS, 2004 : 53). Un tel appel à la participation est repris dans le PASM. Celui-ci engage non seulement les CSSS, mais toutes les instances du ministère « à favoriser la participation des personnes utilisatrices de services au regard du mandat qu'ils assument, tout en offrant des conditions d'exercice adaptées aux capacités de ces dernières » (MSSS, 2005 : 66).

En conformité avec ces orientations, un CSSS de la région de Montréal initiait en septembre 2005 les travaux qui devaient mener à la formulation de son projet local d'organisation clinique. Pour ce faire, il a constitué plusieurs tables de concertation multipartites en correspondance avec ses différents programmes de services. Leur mandat était de tracer un portrait de la population du secteur desservi, de ses besoins et de l'offre de services dont elle bénéficiait déjà, pour ensuite en identifier les failles ou les problèmes. Sur ces bases, les participants aux tables devaient identifier les correctifs à apporter. En santé mentale, on a ainsi privilégié, parmi les 50 cibles identifiées, celle de « mettre en place un mécanisme de liaison entre les partenaires du réseau local afin d'assurer l'accessibilité et la continuité dans les services aux adultes ayant un problème de santé mentale et développer des outils de travail communs pour répondre aux besoins de cette clientèle ». Le suivi de cette priorité a conduit à la mise sur pied d'un comité conseil en santé mentale adulte qui, comme son nom l'indique, était chargé de conseiller la direction du CSSS dans son application.

Cet article est fondé sur nos observations de

terrain et sur l'analyse des entrevues d'une dizaine de membres au comité conseil.² Il s'agissait de professionnels issus d'établissements et d'organismes communautaires dédiés à la santé mentale, ainsi que d'usagers profanes qui représentaient les partenaires de ce réseau local de services. Nous demandions à chacune des personnes de nous faire part de sa perception du mandat du comité conseil, des raisons pour lesquelles elle s'y était impliquée ainsi que des événements qui lui étaient parus être significatifs. En fin d'entretien, nous propositions aux personnes de nous tracer un bilan de la démarche en portant attention aux interrelations des participants, aux conditions de leur succès et, en particulier, à leur perception des apports tangibles de la participation des personnes vivant avec un problème de santé mentale.

Perspectives

L'insertion d'une pratique participative dans un tel modèle ne va pas sans heurts. Les témoignages recueillis auprès des participants sont unanimes : la marge de manœuvre laissée aux partenaires locaux était plutôt restreinte. À ceci près que les professionnels en étaient moins émus parce que « quand on est habitués de travailler dans le réseau, on est peut-être plus habitués à ce genre d'affaires-là, à comprendre les impacts, les pouvoirs d'influence et tout ». Un enjeu important pour eux était de s'assurer

les professionnels de toutes provenances se sont plutôt félicités d'avoir réussi à adopter un langage commun qui faciliterait assurément leur future collaboration.

Les personnes vivant avec un problème de santé mentale y voyaient plutôt un mouvement d'uniformisation des approches où tous les dispensateurs de services se placent en remorque du centre hospitalier : « on se rendait compte à la fin que l'institutionnel avait plus de poids, [qu'il finissait] par embarquer par-dessus

les anciens CLSC ». Pour elles, l'intérêt de la discussion résidait moins dans la création de ces collaborations transversales que dans l'exercice d'une vigilance quant au respect des droits et à l'adaptation des pratiques aux besoins de leurs pairs. En fin de parcours, elles ne souscrivent pas à la communauté de langage de leurs collègues professionnels.

Leur compréhension de la visée de la discussion est que « ce n'est pas sur des normes de développement ou de pourcentage, c'est "oui, mais là, qu'est-ce que vous faites avec ce monde-là ? Ont-ils des services ?" ».

Cette différence de perspective apparaît nettement lorsqu'il est question de la mise en place du *Guichet d'accès*, qui deviendra le dispositif d'évaluation et de référence du réseau local de services de santé mentale. Préoccupées par ce qu'elles perçoivent comme une dépersonnalisation des services, les personnes vivant avec un problème de santé mentale proposent d'en changer le nom parce que « ce n'est pas un guichet automatique comme à la banque ». Elles demandent aussi « que les utilisateurs de services en santé mentale signent ou autori-



que les responsabilités dévolues à chacun de leurs établissements ou organismes soient raisonnables et s'accompagnent d'une répartition équitable des ressources humaines et financières. Au début de la démarche, leurs rapports semblaient empreints de cette approche plutôt corporatiste. Les gens du milieu communautaire se présentaient comme étant plus près des personnes vivant avec un problème de santé mentale, alors que ceux du CSSS prétendaient que les intervenants du milieu hospitalier se réfugiaient dans leur tour d'ivoire. Ces derniers se considéraient pour leur part comme les victimes des préjugés antipsychiatriques des premiers. Mais à force de rencontres,

DOSSIER

« L'intérêt de la discussion résidait moins dans la création de ces collaborations transversales que dans l'exercice d'une vigilance quant au respect des droits et à l'adaptation des pratiques aux besoins de leurs pairs. »

sent verbalement la demande de référence [transmise par le guichet d'accès en vue de] sensibiliser les intervenants au consentement ». Ces deux modifications seront initialement acceptées par tous les membres présents au comité conseil, mais seront par la suite refusées par la direction du CSSS. La première proposition est refusée parce qu'elle contreviendrait à un vocabulaire déjà utilisé par l'ensemble du réseau et l'autre, parce qu'elle imposerait une tâche supplémentaire aux médecins et un ralentissement conséquent de la procédure de référence et cela, sans pour autant répondre à une quelconque obligation légale. Pour une des personnes, l'enjeu significatif de la résolution a été ignoré : « Tu sais, plutôt [que de] le prendre comme une ouverture de réflexion et d'échanges avec d'autres – je ne peux pas dire à sa place comment pratiquer en tant qu'omnipraticien ou généraliste – mais plutôt le prendre comme une opportunité de réfléchir ».

Ouverture

La participation des personnes vivant avec un problème de santé mentale dans un comité mixte provoque un véritable choc de cultures, nous dit une professionnelle participante : « Écoute, ils viennent s'asseoir avec une gang de gestionnaires et de professionnels, [ils se demandent] comment ils vont être reçus ? Comment ils vont être jugés ? [C'est vrai] de part et d'autre, mais nous, on est en majorité, eux arrivent en minorité, puis c'est nous qui l'avons le pouvoir ». Non sans empathie, une personne vivant avec un problème de santé mentale confirme : « Je veux dire c'était plus facile avant, je pense qu'ils [n'] avaient pas besoin de faire attention à ce qu'ils



disaient. Mais, je pense que c'est ça, on était peut-être une contrainte, puis le changement de mentalité, ce n'est pas facile pour personne. Je pense que c'est un processus d'adaptation pour eux aussi ». En premier lieu, il s'agit sans doute de vaincre la stigmatisation car : « il y a comme un risque entre guillemets de se dévoiler [...] à cause de comment c'est vu socialement, puis quand t'entends dire : "Les paranoïaques, c'est ci, les schizophrènes, c'est ça." [...] j'étais toujours sur les

brakes. » Quelques professionnels rencontrés en entrevue avaient d'ailleurs en mémoire leurs appréhensions quant à d'éventuelles « pertes de contrôle », que « ça dérape en chicanes » ou « que des demandes impossibles soient formulées ». Un préjugé d'illégitimité ou d'incompétence semble cependant être plus durable. On reproche ainsi aux participants vivant

avec un problème de santé mentale de ne pas être élues, de ne pas représenter tous les usagers de tous les types d'établissement, ou de n'être que les porte-paroles du seul organisme où on les a recrutées. Pourtant, nous avons pu recenser six consultations locales organisées par les personnes participantes et plusieurs présences formelles dans des activités publiques à titre de conférencières ou d'animatrices d'ateliers.

La réserve ou « petite gêne » initiale qu'évoquent les professionnels à l'égard de la participation personnes vivant avec un problème de santé mentale dans cet exercice de planification semble avoir eu un impact positif pour tous, comme nous l'explique un répondant professionnel : « [Ça] re-disciplinait dans le fond le discours. Je pense que si un interlocuteur est là, on peut beaucoup moins l'instrumentaliser, donc ça, je pense que c'était vraiment une fonction importante qu'ils pouvaient jouer [...] La présence de l'utilisateur faisait que l'utilisateur n'était pas oublié ». Dans l'ensemble, les professionnels évaluent positivement cette présence : « ça a toujours été positif », voire « très, très positif [et] ils ont très bien participé ». « Ça se passait plutôt bien » et, même si cela n'a pas toujours été simple, c'était généralement « riche ». Réciproquement, les personnes vivant avec un problème de santé mentale saluent leurs vis-à-vis du comité : « Il faut quand même donner ça au CSSS, puis aux individus clés [...] ils étaient ouverts dans les échanges, les dialogues ».

Légitimité

Les objectifs que s'est fixés le CSSS étudié sont, somme toute, semblables à ceux de tous les autres CSSS du Québec, alors que la réforme était présentée comme un renforcement des pouvoirs décisionnels, dévolus aux instances locales. Force est de constater que la réforme – PASM inclus – consistait essentiellement à déléguer des opérations courantes vers les paliers régionaux et locaux tout en maintenant à Québec les responsabilités décisionnelles, de planification et d'évaluation du système. Il s'agit d'un modèle de gestion à distance, déjà décrit il y a plus de trente ans par Robert Castel (1981 : 207). On le reconnaît sans peine dans

la formulation du mandat que se donne le MSSS dans sa réforme : « [Le MSSS] recentrera ses actions autour de ses fonctions premières, soit la planification (politiques et standards d'accès et de qualité), le financement, l'allocation des ressources financières, le suivi et l'évaluation » (MSSS, 2004 : 20).

La rencontre suscitée au sein du comité conseil est celle de deux types de savoirs. Il y a, d'une part, le savoir expert ou reconnu comme tel en vertu d'un parcours académique et professionnel. Celui-ci conçoit la planification clinique comme l'articulation d'objectifs chiffrés avec des interventions et des services homologués « probants ». Le régime des ententes de gestion mis en place par le MSSS conforte ce paradigme positiviste. Les personnes vivant avec un problème de santé mentale, plutôt qu'être féruées de pratiques exemplaires, s'intéressent aux processus tels qu'ils apparaissent aux détours des diverses médiations objectives et subjectives qui stimulent ou entravent le retour à l'équilibre d'une personne. Ainsi, pour elles, toute pratique d'intervention, même bureaucratique (par exemple, la signature d'un formulaire de consentement) pourra être reconsidérée en tant que marqueur d'une étape du parcours de

« La rencontre suscitée au sein du comité conseil est celle de deux types de savoirs. »

soins ayant eu ou non des effets désirables.

Cette différence, que nous pouvons qualifier d'épistémologique, a aussi sa correspondance dans la conceptualisation de la légitimité de la parole. Là où les uns tendent à l'associer à la qualité de leur curriculum académique et professionnel, les autres sont plutôt portés à la concevoir comme la résultante d'acquis tirés d'un parcours existentiel dans sa globalité. Cet autre type de compétence émerge au carrefour des expériences de vie passées, en écho à celles-ci et en tant que production pertinente pour fonder le projet de l'individu.

À l'instar de la célèbre typologie des solidarités de Durkheim (1960), nous qualifions de « mécanique » la façon dont les professionnels appréhendent la représentation et « d'organique » celle pratiquée par les personnes vivant avec un problème de santé mentale. La première consisterait à répéter à l'identique un message formulé et adopté formellement par groupe de référence, tandis que dans le second modèle, le message ne s'efface plus derrière un message formulé par ses pairs. Il s'en approprie et en prolonge le sens dans une nouvelle élaboration. Le modèle mécanique s'équipe de données probantes et de statistiques à l'appui de ses revendications, tandis que l'organique lui oppose la part de l'expérience subjective. Ainsi quelques professionnels ont déploré que les participants vivant avec un problème de santé mentale ne se soient dotés ni d'un mandat de tous les usagers du réseau local, ni de données statistiques étayant leurs positions, alors que ces professionnels étaient pourtant mandatés par un seul établissement ou secteur de service. En fait, il nous est apparu que pour les usagers, le critère de légitimité de la participation n'est pas tant d'y rapporter un message sanctionné par une instance formelle que d'exprimer une cohérence « organique » avec les représentations et l'expérience de son groupe délégant. Avec une telle approche, la participation publique en santé mentale pourrait bien être un prototype d'une cité qui ne puisse exister sans que chacun sache jouer de la vertu civique.

Castel, R. (1981). *La Gestion des risques. De l'anti-psychiatrie à l'après psychanalyse*, Éditions de minuit, Paris.

Durkheim, É. (1960) [1893]. *De la division du travail social*, Presses Universitaires de France, Paris.

Gagné, J., Clément, M., Godrie, B. et Y. Lecomte, avec la participation de Blais, D.M., Caron, S., Robb, S. et P. Turcotte (2013). *La voix et le savoir des personnes avec une expérience vécue de santé mentale dans le comité aviseur du CSSS Jeanne-Mance*, Rapport de recherche, CREMIS.

Ministère de la Santé et Services sociaux du Québec (2004). *L'intégration des services de santé et des services sociaux. Le projet organisationnel et clinique et les balises associées à la mise en œuvre des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, Santé et services sociaux, Gouvernement du Québec

Ministère de la Santé et Services sociaux du Québec (2005). *Plan d'action en santé mentale du ministère de la santé et des Services sociaux du Québec, La force des liens 2005-2010*, Santé et services sociaux, Gouvernement du Québec

Platon, (1967) Traduction par Émile Chambry, La Bibliothèque électronique du Québec, Vol. 10., Édition de référence Garnier-Flammarion, (Consulté en ligne le 22 mars 2012), <http://beq.ebooksgratuits.com/Philosophie/Platon-Protagoras.pdf>

Notes :

1 : Centre local de services communautaires, Centre d'hébergement et de soins de longue durée et Centre hospitaliers.

2 : Nous avons interviewé dix participants et avons retenu neuf verbatim pour les fins d'analyse, dont ceux de trois personnes identifiées comme « utilisatrices des services » et six en tant que professionnelles. De ces dernières, trois étaient identifiées à l'équipe psychiatrique d'un hôpital, deux aux organismes communautaires, dont un groupe d'entraide, et une au CSSS.

Médecine humaniste et conditions de vie précaires

L'accueil convivial



Bjeanwicke, 2007. Certains droits réservés

La recherche scientifique sur les soins et la pauvreté a surtout exploré les barrières entre les professionnels de la santé et les personnes en situation de pauvreté. Ainsi, les préjugés et les attitudes négatives des professionnels à l'égard des personnes démunies sont relativement bien documentés (Paugam, 1998 ; Moscovici, 1984 ; Willems et al., 2005 ; Wagle, 2002) . Une étude antérieure nous a amenés à découvrir que certains professionnels ont développé une expertise auprès de personnes démunies, leur permettant d'éviter les préjugés et les attitudes discriminatoires (Loignon et al., 2010). Un projet de recherche a été entamé en 2010 à Montréal afin de mieux comprendre comment les médecins ajustent leur pratique quand ils travaillent avec des personnes en situation de pauvreté. Notre étude visait ainsi à explorer les facteurs qui renforcent l'adéquation des soins dispensés par les médecins et autres professionnels de première ligne aux personnes en situation de pauvreté. Nous nous sommes donc tournés vers les professionnels qui ont une expérience en milieu

HORIZONS

Thomas Gottin

Étudiant au doctorat en
anthropologie
Université de Montréal

Professionnel de recherche
Centre de recherche de
l'Hôpital Charles Lemoyne

Christine Loignon

Professeure
Département de médecine
de famille
Université de Sherbrooke

Chercheure
Centre de recherche de
l'Hôpital Charles Lemoyne

HORIZONS



Thomas Leuthard, 2010. Certains droits réservés ©

de pauvreté afin d'identifier les stratégies de soin fructueuses et humanistes qui soutiennent les personnes.

Quatre milieux cliniques situés au sein de quartiers pauvres de Montréal ont ainsi été explorés. Par une approche ethnographique (voir l'article intitulé « Le travail ethnographique en contexte médical », p.42), nous avons observé les services offerts par différents établissements afin de saisir l'organisation des soins et de rencontrer informellement plusieurs acteurs contribuant à cette relation patient-médecin. Conjointement, plusieurs entrevues ont été réalisées, formellement et informellement, avec des patients, des médecins, des résidents et plusieurs autres professionnels.¹ Cet article présente quelques données tirées d'observations et d'entrevues menées au sein d'une des quatre cliniques étudiées, offrant des soins courants à une population défavorisée. Il fournit un résumé des stratégies efficaces développées par les professionnels de santé.²

Dialogue

Originaire de Montréal, Luc possède un diplôme du secondaire et a enchaîné différents boulots au cours de sa vie. Il se décrit comme

« alcoolique » et cette dépendance est, selon lui, la cause principale de son parcours de vie difficile. Peu de temps après la mort de sa mère, dont il s'est occupé quotidiennement, la sœur de Luc a mis fin à ses jours. Ces événements douloureux et son accoutumance l'ont mené insidieusement vers l'isolement social puis l'itinérance. Quelque temps après, suite à sa rencontre avec des intervenants sociaux, il s'est rendu dans une clinique médicale, s'accordant une « dernière chance » de vaincre sa dépendance et son état dépressif, malgré l'effort que cette démarche représentait pour lui : « On est conscient de la situation actuelle dans le système de santé [...]. Alors oui, très, très, chanceux, je n'insisterais jamais assez pour

dire à quel point. D'avoir un médecin dont je suis satisfait à cent mille à l'heure. Ça m'a vraiment rassuré, puis je peux dire en toute honnêteté que c'est vraiment ce qui m'amène à être ici aujourd'hui. [...] Je dirais que 90 pour cent de mon rétablissement actuel, c'est elle (la médecin). » Résilience et soutien sont deux thèmes qui émergent de l'histoire de Luc, rejoignant celle de plusieurs personnes en situation de pauvreté rencontrées dans le cadre de ce projet de recherche ethnographique en milieu médical. Le terme de résilience désigne le processus de réflexivité engagé par les patients rencontrés et souvent suscité par leur médecin. En effet, les interactions observées entre soignants et soignés semblent encourager les patients à prendre acte de leur situation de « malade » et à éprouver une volonté d'améliorer leur bien-être.

Les médecins qui pratiquent auprès de populations pauvres tendent à accompagner, prévenir et soulager les symptômes liés aux conditions chroniques³, mais aussi à déconstruire une résignation parfois latente. Ils accompagnent leurs patients dans une autoréflexion sur les causes de leur maladie qui, pour la plupart, sont d'ordre socio-économique. Ces problématiques liées à une carence financière semblent entraver les stratégies de résilience que les patients auraient pu spontanément mettre en place dans un autre contexte.

Lors d'une journée d'observation en salle de consultation, nous avons pu assister aux interactions entre patients et médecins, lesquelles ont permis de constater que le processus de résilience émane d'une relation de confiance entre les deux protagonistes, travaillant ensemble vers un même objectif. Un des médecins a ainsi manifesté de l'empathie, de l'écoute et proposé des conseils relationnels à sa patiente dépressive, tandis qu'un autre a utilisé l'humour pour aborder des sujets délicats. Les médecins rencontrés passaient plus de quarante minutes avec chacun des patients : sur un ton léger, parfois amical, ils aménageaient un temps d'échange informel avant d'aborder leur

santé. Ce type de dialogue a révélé toute l'importance accordée par ces médecins à la vie de leurs patients.

À travers un discours médical non moralisateur, régulier et adapté, les médecins peuvent se positionner dans un dialogue valorisant et encourageant pour le patient. Ils peuvent inspirer le changement, soutenir les efforts, et accompagner le patient dans les échecs et contre-coups qu'il vit, comme le soutient ce médecin rencontré en entrevue : « Il faut tout le temps partir de ce que la personne est prête à changer. C'est par l'écoute, en essayant de comprendre d'où la personne vient, quels sont ses points positifs et trouver ce qui va les motiver particulièrement. »

Sans jugement

Lors de nos observations, plusieurs interlocuteurs nous ont conseillé de rencontrer une personne « essentielle » au bon fonctionnement de l'établissement : la secrétaire préposée aux rendez-vous. Référente aux yeux des médecins, elle prenait contact avec les spécialistes, rappelait les patients qui ne s'étaient pas présentés et tentait d'arranger les emplois du temps de chacun. Originaire du quartier, elle était perçue comme une figure rassurante par les patients et les professionnels de la santé.

Selon les jours, l'accueil de la clinique est assuré par une ou deux réceptionnistes. Essentiellement cantonnées à recevoir patients et visiteurs, elles orientent et guident les demandes. Soucieuses du bien-être des personnes, elles les accueillent chaleureusement, leur serrent la main, les nomment par leur nom. Le sentiment d'être reçus sans jugement dans une ambiance détendue contribue à la reconnaissance, par les patients, de l'établissement qu'ils fréquentent, comme l'exprime Georges, un patient : « Ce qui fait que la clinique me tient à cœur [...] ? Tu arrives là, tu es déprimé, tu es à terre. Tu les regardes : ils sont chaleureux, souriants.

« À travers un discours médical non moralisateur, régulier et adapté, les médecins peuvent se positionner dans un dialogue valorisant et encourageant pour le patient. »

Ça fait du bien d'arriver dans une place de même. Tu sais, tu peux t'asseoir confortablement puis dire, regarde, il y a personne qui va te juger ici; relaxe. »

Cette appropriation de la clinique par les patients semble rendre plus efficaces les directives et recommandations prescrites par le corps médical. Par conséquent, il ressort qu'un lieu convivial favoriserait la réussite des soins.

Nos observations ont ainsi permis de saisir une stratégie de soutien holistique. En effet, la plupart des médecins, infirmiers, secrétaires, réceptionnistes, psychologues et travailleurs sociaux, encouragent les patients à exercer des activités socioculturelles en les orientant, par exemple, vers des associations de quartier. Les personnes semblent alors stimulées dans une démarche de changement puisque soutenues dans différents aspects de leur vie par une équipe interdisciplinaire, ce que nous soutient Georges, un patient : « J'ai un trio fort. Le pre-

mier trio des Canadiens, il est là. Le médecin, le psychiatre, le travailleur social, ça fait un triangle. J'évolue entre les trois. »

Consentement

Dans cette perspective d'accompagnement, le discours médical doit avant tout être préventif : on parlera ici « d'éducation thérapeutique ». Les médecins de cette clinique tentent d'apporter aux patients des connaissances simples et facilement transmissibles afin de les aider à identifier les sources de leur souffrance et de leur malaise de manière autonome. Progressivement, ils acquièrent un savoir qui les revalorise et les met suffisamment en confiance pour aborder leur situation avec leurs proches. À ce propos, un infirmier a confié qu'il tentait souvent de mettre la famille du patient à contribution dans l'administration des soins de base.

Un des éléments moteurs de l'éducation progressive à la résilience réside dans une straté-

Le travail ethnographique en contexte médical

Elisha Laprise
Professionnelle de recherche
Centre de recherche de l'Hôpital Charles-LeMoine
Université de Sherbrooke

Christine Loignon
Professeure adjointe
Département de médecine de la famille
Université de Sherbrooke

Le travail ethnographique dans le milieu de la santé est une méthode de cueillette de données qualitatives de plus en plus valorisée. Cette technique permet d'appréhender la réalité vécue au quotidien par les participants, et de prolonger le regard du chercheur au-delà des récits recueillis par le biais de l'entrevue. Il s'agit d'un moyen de mettre en contexte les informations récoltées dans le but d'arrimer l'analyse des données à la spécificité de l'environnement dans lequel évoluent les répondants. Cette approche est particulièrement intéressante à utiliser dans le cadre de recherches dans le milieu de la santé. Elle permet,

dans le cas d'une ethnographie institutionnelle, d'aller au-delà des connaissances liées à la structure et à l'organisation des soins, et d'offrir un regard neuf, directement lié à la spécificité du lieu visité.

La pratique ethnographique traditionnelle est caractérisée par une longue période d'immersion dans un milieu donné. Elle est constituée d'un travail d'exploration qui se fait par le biais de la participation de l'ethnographe aux activités quotidiennes du groupe étudié. Le résultat de ce travail comporte généralement une analyse descriptive du « terrain », ainsi qu'une analyse des phénomènes sociaux et culturels observés (Atkinson et Hammersley, 1994). *A priori*, cette approche peut sembler difficile à déployer en milieu hospitalier. De fait, plusieurs éléments s'y opposent (Savage, 2006), dont deux enjeux.

Il y a tout d'abord le temps alloué à la collecte de données, qui subit de fortes compressions étant donné la modulation de la recherche par

ludit, 2010. Certains droits réservés



gie de revalorisation de l'individu. L'importance d'aider le patient à retrouver du pouvoir sur sa vie et à utiliser ses propres compétences, peut notamment s'appliquer à travers différentes techniques : établir un contrat fictif d'engage-

ment (« deal médical »), fixer des objectifs à court terme, prioriser les changements, établir un agenda commun. Un des médecins rencontrés exprime d'ailleurs que « c'est le patient qui établit la priorisation. Moi je dis, "arrête de fumer et arrête de consommer, et

les courtes périodes de subvention. Dans ce contexte, de longues enquêtes dotées d'un volet exploratoire sont difficiles à déployer. La recherche sociale pratiquée en collaboration avec le milieu médical souffre aussi de la pression imposée par la nécessité de transmettre rapidement des résultats. Dans un univers où la technologie et les innovations fusent de toute part, et où les organisations sont en constante mouvance pour pouvoir répondre aux besoins sans cesse grandissants de notre système de santé, décideurs, administrateurs et médecins ne peuvent se permettre d'attendre plusieurs années avant de recevoir des résultats. L'alliance entre la médecine et les sciences sociales en est alors constamment fragilisée.

La force de l'ethnographie étant de pouvoir immerger le chercheur dans un lieu en lui permettant de tisser des liens avec ses acteurs et d'apprendre par « l'intérieur » d'un groupe son fonctionnement, sa logique et ses valeurs, il apparaît impossible de gagner la confiance des interlocuteurs en peu de temps. Sans le développement de liens entre l'ethnographe et les personnes observées, la qualité des informations recueillies est mise en jeu et la sensibilité requise pour bien analyser la complexité des dynamiques relationnelles risque d'être moins vive. Le travail ethnographique demeure donc,

malgré la pression du milieu, un travail lent qui demande une flexibilité de temps et d'approche.

L'ethnographie, et plus particulièrement l'observation, est une approche nécessaire pour s'ancrer dans la réalité de la vie d'une clinique de médecine de famille. Elle se définit par sa lenteur et la qualité des informations colligées par le biais de cette méthode de travail. Il est donc nécessaire de protéger le travail de l'ethnographe en contexte médical, tout en adaptant les pratiques traditionnelles à la réalité de la médecine. Il est aussi important de bien préparer l'ethnographe qui s'apprête à explorer les cliniques médicales. L'observation est une activité de recherche passive.

- Atkinson, P., Hammersley, M. (1994). « Ethnography and Participant Observation », dans Handbook of qualitative research (first edition), Sage Publication
- Bosk, C. (1985). « The Fieldworker as Watcher and Witness », The Hastings Center Report, 15(3):10-14
- Savage J. (2006). « Ethnographic evidence : The value of applied ethnography in healthcare », Journal of Research in Nursing 11(5): 383-392

HORIZONS

« Manque de temps, de personnel, de moyens, surcharge de travail et accès difficile aux consultations spécialisées font partie des obstacles évoqués dans le suivi et le soutien des stratégies de résilience. »

arrête la prostitution et utilise des condoms quand tu as des relations sexuelles", et je comprends, je sais bien que le patient ne peut pas faire tout ça ».

Dans l'idée de priorisation des objectifs, le concept de « consentement éclairé » trouve un écho particulier dans les observations menées. Afin de conserver le dialogue et la négociation, plusieurs des médecins rencontrés veillent à transmettre l'information la plus juste et la mieux adaptée aux choix du patient. Ce dernier devrait ainsi, selon ceux-ci, être en mesure de prendre des décisions en connaissance de cause (refus, abandon ou acceptation du traitement). Avec cette approche, les médecins ne font pas les choix à la place du patient, mais ils exposent plutôt un éventail de conséquences des décisions qu'il serait amené à prendre : « Les patients reviennent : "Vous avez pris les médicaments ?", "Non, je ne les ai pas pris.", "Pourquoi ?" Au fond, je les félicite de me le dire, je leur dis toujours : "Je préfère que vous me le disiez, plutôt que d'augmenter vos médicaments indéfiniment et ne pas savoir pourquoi ils ne font pas effet. J'aime bien mieux que vous soyez honnête." » (Frédérique, un médecin)

Alliance thérapeutique

Ces quelques mois d'immersion ont permis de situer certains modes d'intervention nécessaires à l'efficacité des soins, autant pour les personnes en situation de pauvreté que pour les professionnels. En effet, une équipe de soins multidisciplinaire soudée et un espace d'accueil convivial ne doivent pas être considérés comme des éléments secondaires à une alliance thérapeutique fructueuse entre un patient et son médecin. Par ailleurs, la thématique de la résilience recouvre une dimension incondi-

nelle de la médecine humaniste et sociale qui ne peut se passer de son pilier interactionniste.

En revanche, nombre de limites ont été soulevées tant par les intervenants que par les patients. À cet effet, soigner des personnes aux problématiques médicosociales complexes nécessite des ressources financières et humaines importantes. Manque de temps, de personnel, de moyens, surcharge de travail et accès difficile aux consultations spécialisées font partie des obstacles évoqués dans le suivi et le soutien des stratégies de résilience. De fait, ces barrières freinent la réussite des traitements chez les patients les plus découragés. Cependant, malgré ces constats, ces difficultés restent relatives lorsque situées dans le panorama des inégalités aux sources de la précarité. Le pouvoir de la médecine, même humaniste, est limité lorsqu'il se confronte à un système économique qui maintient les personnes

les plus démunies dans le cercle vicieux de conditions de vie délétères, au sein de logements insalubres et d'une consommation alimentaire peu coûteuse, mais de basse qualité. Le point de vue de Rachid, un patient, illustre à cet égard cette réalité : « Ça coûte cher. Tu vas manger des pizzas ? Chaque pizza, c'est 350 calories. Tu veux être obèse ? Tu peux manger pour cinq dollars. Tu manges le poison et tu sors. Mais si tu veux manger quelque chose de santé, mon ami, tu vas payer. ».

Loignon, C., Haggerty, J.L., Fortin, M., Bedos, C.P., Barbeau, D. et D. Allen (2010). « What makes primary care effective for people in poverty living with multiple chronic conditions ? : study protocol », *BMC Health Services Research*, 10: 320-326.

Moscovici, S. (1984). *Santé et maladie. Analyse d'une représentation sociale*, Mouton, Paris.

Paugam, S. (1998). « Les formes contemporaines de la pauvreté et de l'exclusion. Le point de vue sociologique », *Genèses*, 31: 138-159.

Wagle, U. (2002). « Rethinking poverty: definition and measurement », *Int. Soc. Sci. Journal*, 54: 155-165.

Willems, S.J., Swinnen, W. et J.M. Maeseneer (2005). « The GP's perception of poverty: a qualitative Study », *Family Practise*, 22: 177-183.

Notes :

1 : Plus de 100 heures d'observation en milieu clinique et près de 35 entrevues semi-dirigées ont ainsi été effectuées. Les médecins et autres intervenants ont été sélectionnés selon les habiletés qu'ils développaient dans la construction d'une alliance théra-



Muffert, 2011. Certains droits réservés (cc)

peutique efficace et progressiste face à des populations vulnérables financièrement et atteintes de maladies chroniques.

2 : Cet article se concentre sur les données issues d'une cinquantaine d'heures d'observation, huit entrevues réalisées avec quatre patients, deux médecins, un infirmier et une secrétaire d'une des cliniques étudiées.

3 : Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), une maladie chronique est un problème de santé qui nécessite une prise en charge pendant plusieurs années. Cette définition regroupe les maladies non transmissibles (diabète, cancer, asthme...) et les maladies transmissibles persistantes (VIH-Sida), certaines maladies mentales (psychoses...) ou des atteintes anatomiques ou fonctionnelles (cécité, sclérose en plaques, etc.).

Pauvreté en région et migrations rurales-urbaines

DÉMARRAGES

Aude Fournier

Professionnelle de
recherche
CREMIS

Christopher McAll

Professeur
Département de sociologie
Université de Montréal

Membre du CREMIS

Roch Hurtubise

Professeur
Département de travail
social
Université de Sherbrooke

Membre du CREMIS

Marie-Claude Rose

Professionnelle de
recherche
CREMIS

Déracinements



Cydyberg, 2011. Certains droits réservés

L'« errance urbaine » peut avoir ses sources en région. Cependant, dans le contexte d'urgence sociale qu'appelle leur condition, la plupart des réponses apportées à l'itinérance en milieu urbain visent d'abord à stabiliser les conditions de vie des personnes, en soutenant leur accès aux ressources d'aide alimentaire et d'hébergement, aux services sociaux et de santé et en favorisant leur retour en logement ; avec, pour conséquence non intentionnelle de participer à les ancrer dans leur nouveau milieu de vie, les centres urbains.

R

Un projet de recherche en démarrage au CREMIS porte sur les facteurs sociaux qui incitent, repoussent ou contraignent certains groupes de la population à quitter leur collectivité rurale d'appartenance pour se rendre en ville.¹ Il s'in-

téresse particulièrement à la trajectoire de migration des personnes qui, une fois rendues en milieu urbain, traversent une période durant laquelle elles sont sans abri, c'est-à-dire en hébergement d'urgence ou littéralement dans la rue. Il propose également de documenter un certain nombre d'initiatives développées en milieux ruraux (ou urbains) qui contribuent à prévenir l'itinérance dans les collectivités rurales et éloignées, et qui pourraient contribuer à soutenir les personnes dans leur milieu d'appartenance, lorsque ces dernières le souhaitent. Ce projet se réalise grâce à une collaboration étroite avec un centre d'hébergement de

Trois-Rivières, *Le Centre Le Havre*. S'intéresser aux trajectoires de vie des personnes qui vivent une situation d'itinérance en milieu urbain peut contribuer à une meilleure compréhension des dynamiques sociales en milieu rural qui contribuent à l'appauvrissement, à la stigmatisation, aux ruptures sociales et, éventuellement, au renvoi de certains groupes de la population vers les milieux urbains.

Déracinement

À l'instar des grandes villes du Québec, la région urbaine de Trois-Rivières est confrontée à une recrudescence du phénomène de l'itinérance. Cette augmentation est notable dans les statistiques de fréquentation des deux principales ressources dédiées à l'itinérance à Trois-Rivières, *Le Centre Le Havre* et *Point de rue*, un organisme de travail de rue. Du côté du centre d'hébergement, une hausse importante des demandes d'hébergement d'urgence a été enregistrée, les demandes étant passées de 445 en 2000, à 1340 en 2011. Dans l'espace de la dernière année, ces demandes ont augmenté de 185. Les services dédiés de première ligne font donc de plus en plus face à des enjeux de débordement et d'engorgement (ASSSMC, 2011).

Parmi les enjeux identifiés dans le Plan d'action communautaire en itinérance de Trois-Rivières (ASSSMC, 2011), il est souligné que les services développés dans les dernières années ont permis de réduire la migration des personnes sans domicile de Trois-Rivières vers les grands centres urbains que constituent Montréal et Québec. En contrepartie, les services d'hébergement et de soutien à cette population remarquent l'accueil d'un nombre significatif de personnes en provenance de l'extérieur

de la ville de Trois-Rivières (soit environ 30% des utilisateurs des services). Cette situation préoccupe les acteurs locaux, ces personnes se retrouvant sans réseau d'appartenance et faisant face à des impasses rapidement :

« Aujourd'hui, nous estimons recevoir plus de gens de l'extérieur de Trois-Rivières qu'en voir quitter pour les grands centres urbains. Cela contribue peut-être à réduire la pression sur nos partenaires des grandes villes, mais représente un défi d'accueil pour nos organismes. Ils doivent composer avec des ressources limitées et ne peuvent miser sur un réseau naturel autour de ces personnes "déracinées". » (p. 32)

Choix contraints

Une des principales recherches canadiennes ayant abordé l'enjeu de la migration des personnes sans domicile des régions vers les villes a été réalisée en 2006, par une équipe en Ontario (Forchuk et al., 2010). Il semblerait que les liens sociaux tissés serrés, le manque de services de santé mentale et le manque d'options de transport fassent parfois « perdre du terrain » à des personnes qui cherchent à

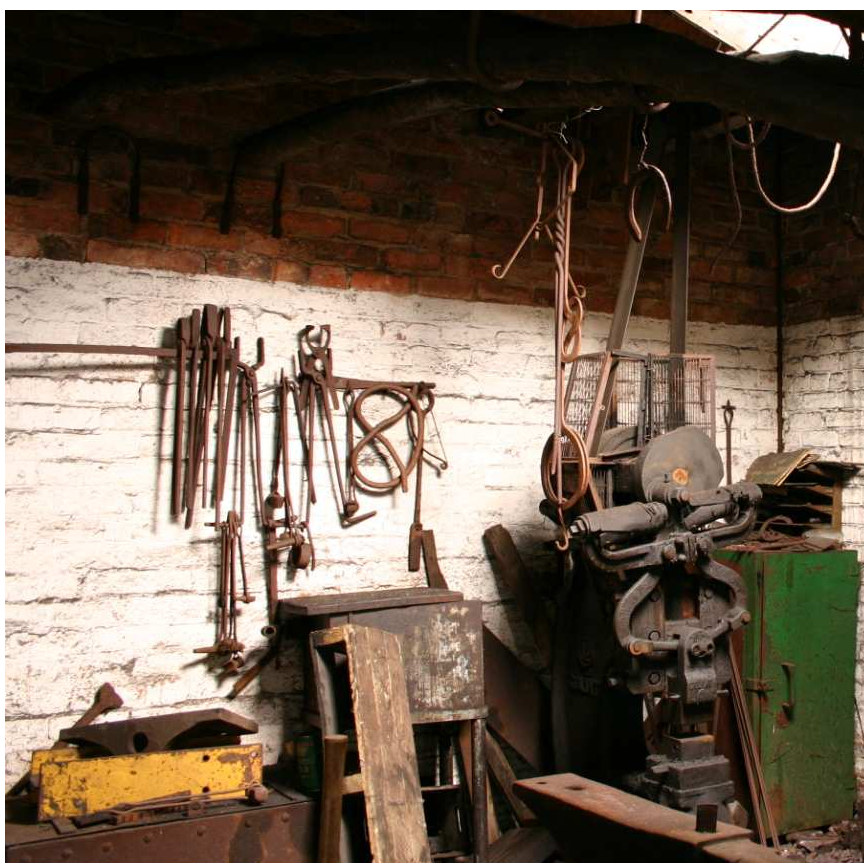
« les services d'hébergement et de soutien à cette population remarquent l'accueil d'un nombre significatif de personnes en provenance de l'extérieur de la ville »

DÉMARRAGES

« gagner du terrain » et en contraignent un certain nombre à se relocaliser en milieu urbain. Pour les personnes avec un problème de santé mentale vivant une situation d'instabilité résidentielle, les risques de stigmatisation et de discrimination dans leur milieu de vie sont imminents et représentent un élément déterminant dans le choix de se relocaliser en ville. Bon nombre de répondants dans ce projet ont rapporté préférer vivre à la campagne, mais qu'il leur avait fallu choisir entre le lieu de résidence et l'accès aux services essentiels. Une fois arrivés en milieu urbain, les participants ont éprouvé des difficultés à accéder à un emploi, à un logement et aux services, une source de déception à l'égard de leur nouvel environnement. Dans le contexte d'un choix contraint, on peut penser que l'expérience du « déracinement » de son milieu d'appartenance devienne une source parmi d'autres de stress et d'anxiété chez ces individus, qui accentue les risques de développement de problèmes de santé mentale associés à l'itinérance.

Une seconde recherche de la géographe Christensen (2012) souligne le vide dans la littérature quant aux facteurs ruraux et aux formes « cachées » d'itinérance dans les petites communautés, qui contribuent à l'itinérance « visible » en ville. S'ancrant dans la théorie de la migration de Lee (1966), elle explore les facteurs d'attraction et de répulsion (« *push and pull factors* ») qui contribuent à la migration des petites communautés du Territoire du Nord-Ouest vers les villes de Yellowknife et Inuvik. Parmi les facteurs attractifs ressortent la re-

cherche d'un emploi et la quête d'un diplôme d'étude, de même que l'accès facile à l'alcool et aux drogues. Avant de migrer, ces personnes se représentaient la ville comme un « îlot de prospérité », alors que la réalité s'est souvent avérée différente après leur arrivée. Plusieurs personnes ont également évoqué n'avoir d'autres choix que de s'établir en ville, pour accéder à des institutions comme les centres jeunesse ou des services de santé mentale et de désintoxication. Dans ces cas, la décision de s'établir en ville était davantage vécue comme un choix contraint. Parmi les facteurs répulsifs ressortent le manque chronique de logements adéquats dans les communautés rurales, de même que l'influence négative des problèmes de consommation et de violence, que certains souhaitent fuir.



Lettich, 2009. Certains droits réservés

Par-delà ces recherches, certaines se sont intéressées spécifiquement à l'itinérance en milieu rural et ont abordé la question des trajectoires de migration entre milieux rural et urbain « par la bande », comme celles de Carle et Bélanger-Dionne (2003) dans les Laurentides, de Roy, Hurtubise et Rozier (2003) dans la Montérégie, de Cloke *et al.* (1999; 2007) en Angleterre et de Fitchen (1992) dans l'État de New York. Ces travaux insistent sur le fait que l'itinérance en milieu rural a été rendue invisible en raison, notamment, des stéréotypes associés à la ruralité, qui en font un espace idyllique, sans pauvreté extrême et sans itinérance. Cela contribue à maintenir une situation de non-reconnaissance du phénomène et une inertie dans le développement d'initiatives adaptées, alors que le problème est bien réel. Carle et Bélanger-Dionne soulignent d'ailleurs qu'en 2003, 50% des demandes d'hébergement d'urgence dans les Laurentides auraient été reléguées en ville, les personnes y étant transférées par autobus.

La recherche réalisée par Roy, Hurtubise et Rozier (2003) en Montérégie s'est particulièrement penchée sur la mobilité des personnes sans domicile, s'agissant d'un élément central pour comprendre le phénomène de l'itinérance en région. Quatre figures-types des personnes sans domicile ont été identifiées, soit : l'enraciné, qui a toujours vécu en Montérégie ; l'exilé-installé, qui s'est établi dans la région en raison d'un service offert ou d'une relation ; le précaire, qui est arrivé en Montérégie à l'âge adulte mais qui y circulent et ne s'y enracine pas ; le bi-ancré, qui alterne entre la région de Montréal (fonction de soutien) et la Montérégie (fonction

identitaire). Finalement, les chercheurs soulèvent l'existence d'un cinquième profil qui n'a pas été documenté dans cette recherche, soit celui des personnes originaires de la Montérégie qui s'établissent dans un milieu urbain : « Y en a-t-il qui se détachent ou perdent leur référence à la Montérégie ou à leur milieu d'origine ? Se peut-il que l'appartenance, l'identité locale reste toujours très présente en terme symbolique mais ne se traduise plus dans des aspects concrets, physiques, tangibles (déplacements, réseaux etc.) ? Cela se traduit-il alors par la quête mythique d'un retour ? » (p.113)

De la même manière qu'il ressort chez certaines personnes itinérantes une représentation idéalisée de la ville comme « îlot de prospérité », les travaux de Cloke *et al.* (2007) et de Carle et Bélanger-Dionne (2003) suggèrent que la campagne serait associée à un espace de thérapie naturelle, pour réduire leur consommation et « se retrouver ». D'après ces derniers (2003 : 47), les personnes sans domicile qui sont sorties du centre-ville de Montréal « manifestent ouvertement leur satisfaction et sont convaincues que les régions sont plus favorables que Montréal à une harmonieuse réinsertion. »

Témoins

Une proportion importante des personnes sans domicile en milieu urbain représente donc des témoins privilégiés des dynamiques rurales d'appauvrissement et de rupture sociale. L'analyse de leurs trajectoires de vie dans le cadre du présent projet permettra ainsi d'améliorer la compréhension des inégalités sociales en milieu rural et les motifs de leur migration vers les centres-villes, de manière à prévenir l'itinérance en milieu urbain. Quels sont les principaux facteurs sociaux en milieu rural qui incitent,

« la campagne serait associée à un espace de thérapie naturelle, pour réduire leur consommation et "se retrouver". »

DÉMARRAGES

« *L'intervention auprès d'elles ren-contre des défis importants, puisqu'aux conditions de vie à la rue s'ajoutent le déracinement et la déstabilisation de la personne* »

repoussent ou contraignent différents groupes de la population à se relocaliser en milieu urbain ? Quels sont les facteurs attractifs associés à la ville de Trois-Rivières ? La perte d'un domicile où vivre convenablement survient-elle avant ou après l'arrivée de ces personnes en ville ? Ce déplacement est-il vécu comme une amélioration ou une détérioration de leurs conditions de vie ? Quelles sont les perspectives d'avenir des personnes ? Vis-à-vis de quel lieu ressentent-elles un certain sentiment d'appartenance et pour quelle raison ?

Nous proposons également d'interroger les pratiques et les acteurs qui jouent un rôle « accélérateur » ou « décélérateur » dans le processus d'appauvrissement et de migration vers la ville. Quels sont les acteurs qui apparaissent positivement ou négativement dans la période précédant le déplacement et au moment de leur arrivée en milieu urbain ? Quelles sont les pratiques qui apparaissent particulièrement intéressantes pour soutenir les personnes qui traversent une période d'instabilité résidentielle en milieu rural ? Quels sont les facteurs sociaux et environnementaux qui peuvent influencer le processus de sortie de rue ?

Ce projet se fera en trois volets, soit un questionnaire en hébergement, des entrevues avec des personnes vivant une période d'itinérance et des acteurs-clé dans des collectivités rurales et petites villes. En premier lieu, un questionnaire sera distribué à toutes les personnes qui fréquentent *Le Centre Le Havre* pendant un mois, avec pour objectifs principaux d'évaluer la proportion de personnes fréquentant l'hébergement qui proviennent de milieux ruraux, d'i-

dentifier les principales régions desquelles elles sont issues de même que les principaux motifs de migration, d'établir le profil général des personnes et leurs perspectives d'un éventuel retour en région. Cette étape permettra de raffiner et de préciser les questions de recherche avec les partenaires du projet, en fonction des résultats du questionnaire.

Par la suite, une quinzaine d'entrevues seront réalisées avec des personnes fréquentant le Havre et provenant d'une collectivité rurale ou éloignée. Ces entrevues viseront à reconstruire avec les personnes leur trajectoire de vie, à partir de leurs différentes expériences en logement. Une attention particulière sera portée à la période de migration, en tentant de préciser autant que possible la période précédant et suivant cette migration, de même qu'aux motifs de cette migration.

Finalement, dix entrevues seront réalisées avec des acteurs-clé occupant des fonctions ou des positions apparaissant comme significatives dans les entrevues avec les personnes en situation d'itinérance (impact sur les trajectoires de ces dernières, récurrence à travers les entrevues).

Provenance

À l'issue de ce projet, nous souhaitons avoir recueilli des données pertinentes pour alimenter une réflexion autour des pratiques et des actions à poser pour améliorer les conditions de vie des personnes en milieu rural, de même que sur les pratiques en ville qui pourraient être plus attentives à la provenance des per-

sonnes. De plus en plus, les organismes qui travaillent en itinérance en centre-ville sont confrontés à l'arrivée par autocar de personnes en grande difficulté, renvoyées de leurs milieux d'appartenance en raison de l'épuisement des ressources locales (Picard, 2011). L'intervention auprès d'elles rencontre des défis importants, puisqu'aux conditions de vie à la rue s'ajoutent le déracinement et la déstabilisation de la personne. Nous espérons ainsi que ce projet apporte une meilleure compréhension de la migration des populations vers les milieux urbains et soutienne le développement de pratiques plus adaptées. La collaboration étroite avec des acteurs du milieu tout au long du projet permettra en ce sens d'orienter le projet vers des questions qu'ils portent et ainsi, de les soutenir dans une réflexion sur leur pratique.

Notes:

1: Le projet est intitulé « Comprendre les trajectoires de migration des milieux ruraux aux centres urbains chez les personnes sans domicile ». Il est subventionné par Ressources humaines et développement des compétences Canada, dans le cadre de la Stratégie de partenariats de lutte contre l'itinérance (SPLI), Volet « Développement des connaissances sur l'itinérance ».

Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec (2011). *Plan communautaire en itinérance de Trois-Rivières, Trois-Rivières*.

Carle, G. et L. Bélanger-Dionne (2007). « L'instabilité résidentielle et l'itinérance en région. Le cas du nord des Laurentides », dans Roy, S. et R. Hurtubise (2007). *L'itinérance en questions*, Presses de l'Université du Québec, Québec, pp. 311-332.

Cloke, P. et R.C Widdowfield (1999). « The hidden and emerging spaces of rural homelessness », *Environment and Planning*, 32 : 77-90.

Cloke, P., Johnsen, S. et J. May (2007). « The periphery of care: Emergency services for homeless people in rural areas », *Journal of rural studies*, 23 : 387-401.

Christensen, J. (2012). « They want a different life » : Rural northern settlement dynamics and pathways to homelessness in Yellowknife and Inuvik, Northwest Territories », *The Canadian Geographer*, 56, 4 : 419-438.

FEANTSA (2007). *Typologie européenne de l'exclusion sociale liée au logement*, Bruxelles, disponible à www.feantsa.org.

Fitchen, J. M. (1992). « On the edge of Homelessness : Rural Poverty and Housing Insecurity », *Rural sociology*, 57, 2 : 173-193.

Forchuk, C., Montgomery, P., Berman, H., Ward-Griffin, C., Csiernik, R., Gorlick, C., Jensen, E. et Ries-

terer, P. (2010). « Gagner et perdre du terrain : les paradoxes de l'itinérance en milieu rural », *Canadian Journal of Nursing Research*, 42, 2 : 138-152.

Laberge, D. et S. Roy (2001). « Pour être, il faut être quelque part : la domiciliation comme condition d'accès à l'espace public », *Sociologie et sociétés*, 2, 33 : 115-131.

Lacroix, D. (2011). « Perte d'ancrage et projets communs : La soupe aux quatre », *Revue du CREMIS*, 4, 3 : 45-51.

Marpsat, M. (1999). « Les apports réciproques des méthodes quantitatives et qualitatives : le cas particulier des enquêtes sur les personnes sans domicile », *INED, « Dossiers Recherche »*, 79 (page consultée le 5 février 2013), disponible à http://www.stes-apes.med.ulg.ac.be/Documents_electroniques/MET/MET-DON/ELE%20MET-DON%207027.pdf

McAll, C., J. Awad, J.Y. Desgagnés, J. Gagné, B. Godrie, N. Keays, M-C. Plante, N. Stoetzel, L.Gaudet, (2012). *Au-delà du préjugé : trajectoires de vie, pauvreté et santé*, Presses de l'Université du Québec, Québec.

Picard, S. (2011). « Déficience intellectuelle et intervention : Sous un nouveau jour », *Revue du CREMIS*, 4, 1 : 35-41.

Roy, S., Hurtubise, R. et M. Rozier (2003). *Itinérance en Montérégie : comprendre le phénomène et identifier les besoins*, Collectif de recherche en itinérance, Montréal.

Simard, M. (2006). « Hiérarchisation des territoires et dynamiques migratoires chez les jeunes. Un phénomène géographique aux effets multiples », *Cahiers de géographie du Québec*, 50, 141 : 433-440.

Simard, M. (2007). « Au-delà du symptôme : de l'assistance à la pratique d'urgence sociale. L'expérience du Centre Le Havre », dans Roy, S. et R. Hurtubise (2007). *L'itinérance en questions*, Presses de l'Université du Québec, Québec, pp. 269-288.



Thomas Leuthard, 2013. Certains droits réservés

Gestion de proximité ou contrôle à distance ?

Participation de la population à
l'organisation des services de
santé mentale

Conférence par
Jean Gagné
Professeur, TÉLUQ
Membre de PRAXCIT/CREMIS

Jeudi le 2 mai 2013
12h à 13h30
CLSC des Faubourgs
1250 rue Sanguinet
Salle 451
www.cremis.ca