

Identités stigmatisées et discriminations

Ciblage, stigmatisation et non-recours
Dans l'œil du professionnel
L'étranger
Le son de la forêt

Printemps 2010

Vol. 3 No. 2

Centre de santé et de services sociaux
Jeanne-Mance

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

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

Équipe de production pour ce numéro :

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

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

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

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

Photo de la page couverture par Clix, 2007. Certains droits réservés ©

Centre de santé et de services sociaux
Jeanne-Mance



Centre affilié universitaire

Université 
de Montréal

UQÀM



Inégalités sociales
Discriminations
Pratiques alternatives de citoyenneté

Identités stigmatisées et discriminations

SOMMAIRE

REGARDS

- Le long parcours 4
Les adolescentes et la
contraception 8

DOSSIER

- Identités stigmatisées et
discriminations* 15

- Ciblage, stigmatisation
et non-recours 16
Dans l'œil du professionnel 23
L'étranger 27
Le son de la forêt 32

PRATIQUES

- Intervenir par les arts 37

DÉMARRAGES

- Bien dans mes baskets 42

RETOURS

- La signification du chez-soi 46

HORIZONS

- L'autonomie en action 53

*En sortant des véhicules, les participants constatent
cette différence entre la ville et la forêt. « Est-ce
vraiment le silence ou est-ce le son de la forêt ? »,
lance Dominique, issu de la communauté Innu.
Ce dernier affiche un grand sourire.
L'odeur des conifères lui rappelle sa petite enfance...*

(suite à la page 15)



REGARDS

Marie-Carmen Plante

Psychiatre
CHUM
CAU-CSSS Jeanne-
Mance

Professeure agrégée de
clinique
Département de
psychiatrie
Université de Montréal

Membre du CREMIS

Propos recueillis par
Christopher McAll
Revue du CREMIS

Au cours des années 60 s'est amorcé au Québec un processus de désinstitutionalisation qui s'est traduit par un transfert de certains services de l'hôpital psychiatrique vers l'hôpital général et par le développement d'un réseau de structures intermédiaires plus légères, intégrées au réseau de la santé et des services sociaux. C'est également à cette époque qu'ont été créées des équipes multidisciplinaires en psychiatrie et qu'ont émergé des structures alternatives et des groupes d'entraide constitués par des malades et leurs proches.

En psychiatrie générale, ceux qui s'intéressaient à l'approche communautaire étaient surtout préoccupés par les gens qui quittaient les asiles et se retrouvaient sans moyens dans la communauté. Il fallait planifier leur traitement et leur réinsertion. C'est avec l'intention de contribuer au développement de cette nouvelle façon de pratiquer et d'apprivoiser un nouveau milieu que je me suis retrouvée à la Clinique populaire de Pointe-Saint-Charles à Montréal pour mon stage comme résidente.

Pointe-Saint-Charles était une découverte pour moi. Je ne savais pas que les anglophones pouvaient vivre dans des conditions aussi difficiles. C'était aussi la première fois que je travaillais avec une paire aidante. Je faisais avec elle des visites à domicile et elle m'expliquait



Moosebite, 2009. Certains droits réservés ©

ce qui se passait dans l'entourage des familles visitées. Elle m'aidait à comprendre et à respecter ce nouvel univers. Les visites à domicile me permettaient de comprendre d'un coup d'œil la situation des familles : dans quel milieu vivaient-elles ? L'appartement était-il adéquat ? Quel était le degré de pauvreté ? Quelles étaient les capacités et forces de ces familles ?

C'est aussi à Pointe-Saint-Charles que j'ai découvert l'impact du chômage et les tensions entre anglophones et francophones. J'ai été confrontée à la pauvreté du milieu et au peu de moyens pour s'en sortir, les emplois industriels étant faiblement rémunérés. La « Pointe » me semblait une espèce d'enclave, isolée et un peu oubliée. C'était aussi un milieu de luttes sociales. Dans mes interventions, j'étais toujours accompagnée par des membres de l'équipe de psychiatrie communautaire, originaires du quartier ou ayant fait le choix d'y habiter, qui étaient politisés et se battaient contre le pouvoir en place pour obtenir de meilleures conditions de vie pour la population et une plus grande justice sociale.

L'idéal

L'idée de développer une psychiatrie « communautaire » est venue, entre autres, de la France, avec la psychiatrie de secteur, sous l'influence de Marcel Sassolas et Jacques Hochman. À Paris, après la Deuxième Guerre mondiale, le Dr. Paumelle et des confrères ont développé un service de psychiatrie communautaire dans le 13^e arrondissement. L'hôpital psychiatrique et l'hôpital de jour étaient localisés à Soisy-sur-Seine. Il y avait aussi des centres d'accueil et une panoplie de services pour répondre aux besoins des personnes qui avaient des problèmes de santé mentale et sortaient de l'asile. Certains psychiatres français s'étaient rendus compte que les gens qui s'étaient enfuis des asiles pendant la guerre avaient été capables de survivre et de s'organiser. Cette révélation les a amenés à penser différemment l'organisation des soins de même que l'organisation asilaire de l'époque. Comme d'autres résidents québécois en psychiatrie, je suis partie faire un stage à Soisy-sur-Seine. Mes responsabilités dans le 13^e

arrondissement consistaient à visiter, avec des travailleuses sociales, des patients en foyer et des personnes au lourd passé asilaire placées en familles d'accueil. J'allais évaluer leur médication et le travail des familles d'accueil. Je me souviens, entre autres, d'un homme de 80 ans, diagnostiqué schizophrène, qui était assis devant une maison de campagne, bien habillé et avec la barbe taillée. Il ne parlait presque pas. Tout en étant dans son monde, il était capable de me dire sa joie de ne plus être à l'asile, parce qu'il pouvait vivre à l'extérieur et « suivre la nature ».

Dans le 13^e arrondissement, c'est l'hospitalisation à domicile qui m'a le plus frappée. On se rendait au domicile de la personne qui n'allait pas bien, deux, trois et même, quatre fois par jour. L'objectif était de la traiter sur place, de la garder avec sa famille, dans la communauté, en faisant appel à l'entourage, le cas échéant. Il y avait aussi un centre de jour où les patients pouvaient venir à n'importe quel moment pour prendre un café, échanger et rencontrer les intervenants individuellement si nécessaire. Ils savaient qu'ils y seraient bien accueillis. Autour du centre, il y avait aussi des ateliers d'art et de préparation pour le retour au travail, ainsi qu'un regroupement d'ex-patients psychiatisés qui tenait des activités. Pour nous, à l'époque, c'était l'idéal de la psychiatrie communautaire qui se réalisait, ce qui ne veut pas dire que cette approche était bien acceptée et implantée partout en France.

Partir

Peu de temps après mon retour au Québec, après quelques mois de pratique communautaire à St-Eustache et St-Jérôme, je suis partie en Abitibi. J'étais la seule psychiatre pour 95 000 habitants, avec une urgence, 21 lits d'hospitalisation, une clinique externe et un hôpital de jour. J'ai découvert la région tranquillement. Je voyais l'isolement des familles et leur pau-

« Je me souviens, entre autres, d'un homme de 80 ans, diagnostiqué schizophrène, qui était assis devant une maison de campagne, bien habillé et avec la barbe taillée. Il ne parlait presque pas. Tout en étant dans son monde, il était capable de me dire sa joie de ne plus être à l'asile, parce qu'il pouvait vivre à l'extérieur et 'suivre la nature'. »

REGARDS

« Après mon expérience en Abitibi, je n'ai plus vu les gens de la même façon. Je les vois désormais avec leur histoire, leur vie de famille, leur vie au travail. »

vreté. En retraçant l'histoire de patients âgés de 40 à 50 ans, je me posais beaucoup de questions concernant ce qui était arrivé à ces pionniers. Comment avaient-ils fait pour survivre ? Quels avaient été leurs problèmes ? Comment ce parcours avait-il influencé ce qu'ils étaient devenus ? Il semblait y avoir beaucoup plus de maladies bipolaires que je n'en avais vues à Montréal, ainsi qu'un nombre élevé de cas d'inceste et de dépressions majeures.

En venant s'établir en Abitibi, ces hommes et ces femmes avaient eu de grands espoirs qui ne se réalisaient pas toujours, ce qui expliquait peut-être la dépression. Je les ai perçus un peu comme des prisonniers, avec peu de possibilités de s'en sortir, même si certains avaient bien réussi sur des terres plus fertiles. Alors qu'ils travaillaient pendant des années pour abattre les arbres et essoucher, rien ne poussait sur la plupart des terres. La seule possibilité qu'il leur restait était de travailler dans les mines ou l'industrie forestière. Les hommes se plaignaient beaucoup des conditions de travail sous terre sans lumière, de la claustrophobie, de la peur, et parlaient de leur soulagement lorsqu'ils trouvaient un autre emploi. Plusieurs noyaient leurs problèmes dans l'alcool.

J'ai aussi été confrontée dans cette région au taux de suicide le plus élevé au Québec, avec 31 personnes sur 100 000, comparativement à 15 sur 100 000 pour l'ensemble de la province. Un travailleur social qui était là depuis longtemps m'avait dit ceci : « Ici, il y a beaucoup de dépression, les gens se découragent parce qu'il n'y a pas d'espoir. Si on ne travaille pas dans le bois ou dans les mines, il n'y a presque rien, les villages se vident, les gens s'en vont, il y a de moins en moins de vie sociale ». Après sept ans, j'ai quitté la région. Les choses ont sûrement changé depuis.

Dans le temps présent

Même si j'ai quitté l'Abitibi, ce que j'y ai appris sur le lien entre les conditions de vie et les problèmes de santé mentale a continué d'orienter ma pratique comme psychiatre. Après avoir participé à la fondation de Suicide action Montréal suite à une maîtrise en Santé commu-

nautaire et publique, je suis devenue chef de département dans un hôpital du centre-ville. La surconcentration de personnes avec des troubles mentaux dans les grands centres m'a toujours préoccupée. Mon intention première, à partir de mon expérience parisienne, a été de développer la psychiatrie communautaire urbaine et j'ai pu profiter de la proximité du Centre de psychiatrie communautaire, qui avait aussi comme objectif d'expérimenter ce type de psychiatrie. Ils intervenaient dans les organismes ainsi qu'à domicile, et ont mis sur pied la Corporation COSAME, fondé la revue *Santé mentale au Québec*, le Centre La Chrysalide, le Centre de soir Denise Massé et d'autres ressources. Ils répondaient aux besoins sociaux des patients et non simplement à leurs besoins psychiatriques.

Pendant ces premières années au centre-ville, ce sont des Américains déjà impliqués dans les milieux de l'itinérance qui m'ont surtout nourrie de leur expertise. J'ai aussi été alimentée par les intervenants de la Maison du Père et de l'Accueil Bonneau qui avaient demandé la présence d'un psychiatre. J'ai alors commencé à fréquenter ces endroits et découvert la réalité de l'itinérance.

Après mon expérience en Abitibi, je n'ai plus vu les gens de la même façon. Je les vois désormais avec leur histoire, leur vie de famille, leur vie au travail.auprès des personnes itinérantes, j'ai dû changer mon approche classique de psychiatre bien installée derrière son bureau. Je dois être présente, sans être trop chaleureuse, et donner la place à l'autre d'une façon différente. En début de rencontre, je travaille surtout avec la personne dans le temps présent. Si je suivais une approche « classique », j'insisterais pour obtenir une histoire de cas détaillée. Maintenant, je laisse filer, je garde les éléments du passé dans ma tête en me disant que peut-être, dans un mois, j'y reviendrai pour les approfondir. Je prends la personne comme elle se présente, sans trop exiger.



[Chris]. 2009. Certains droits réservés ©

REGARDS

Parfois, spontanément, ils vont me parler de leur travail, de leur père ou de leur mère, de divers événements, et je vais prendre plus de temps pour élaborer ces sujets avec eux. Je m'informe davantage des détails de leur vie quotidienne, parce que je me suis rendue compte que personne ne s'y intéressait et que c'était important pour eux : À quelle heure se lèvent-ils ? Comment s'organisent-ils dans leur appartement ? Quels sont leurs loisirs ? Ont-ils de quoi se nourrir et se vêtir ? Comment la médication les aide-t-elle dans leur quotidien ? Leurs symptômes persistent-ils et avec quelle force ?

Ma pratique m'amène aussi à m'engager pour l'amélioration des conditions de vie de mes patients. Par exemple, je suis en train de lutter pour sauver le *Refuge des jeunes*, parce que des citoyens ne veulent pas de cet organisme à l'emplacement prévu. Je prépare également une lettre pour le ministre Sam Hamad, responsable du dossier de la pauvreté au Québec. Je ne sais pas si j'aurais fait cela il y a trente ans, lors de ma formation et de mes premières années de pratique. Désormais, je ne me pose plus cette question parce que ces dossiers m'importent au plus haut point et touchent le quotidien de ma clientèle en besoin. Aujourd'hui, le Collège Royal souhaite donner à la psychiatrie un visage « humanitaire » et la formation des psychiatres ressemble davantage à ce que j'aurais souhaité à l'époque de mes études. Ce fut un long parcours. Il est encourageant de voir que la psychiatrie se renouvelle et se met à l'écoute de ce que vivent réellement les populations.

REGARDS

Lucie Biron

Travailleuse sociale

Louise Charbonneau

Médecin

Louise Morin

Infirmière

Clinique jeunesse
CAU-CSSS Jeanne-Mance

Les adolescentes et l'accès à la contraception

Le *planning* familial et l'accès à la contraception ne font pas souvent la manchette des quotidiens comparativement au vieillissement de la population, au manque de personnel ou aux déficits du réseau de la santé. Lors d'un colloque tenu à Montréal en février 2010,¹ la docteure Édith Guilbert de l'Institut National de Santé Publique du Québec (INSPQ) rapportait les statistiques suivantes : aux États-Unis, près de 70% des femmes qui se font avorter ont moins de 30 ans et la moitié ont moins de 25 ans. Les taux sont similaires au Québec. Parmi les provinces du Canada, cette dernière compte le troisième taux d'avortement le plus élevé. Depuis 2004, on remarque que s'il reste plus élevé chez les 20-24 ans, il a diminué chez tous les autres groupes d'âge. Cependant, ce taux reste plus élevé pour certains groupes de jeunes femmes, issues notamment de milieux défavorisés, de communautés culturelles ou encore, qui ont un environnement moins soutenant. Selon Dre Guilbert, on estime qu'une femme sur trois aura une interruption volontaire de grossesse (IVG) au cours de sa vie reproductive et des chiffres américains démontrent que 47% de celles qui demandent une IVG en ont déjà eu une auparavant, ce que l'on peut certainement observer dans les cliniques d'ici.

Comment se fait-il qu'il semble souvent plus facile d'obtenir un rendez-vous pour une IVG que pour une prescription de contraceptif ? L'expérience de l'équipe de la Clinique jeunesse auprès des adolescentes et des adolescents a permis de dégager certains constats

quant à l'évolution de l'accès à la contraception et aux pratiques non discriminatoires.

Prendre parti

D'abord connue sous le nom de la Clinique des Jeunes Saint-Denis, la Clinique jeunesse du Centre de santé et de services sociaux (CSSS) Jeanne-Mance est née en 1978 à l'époque où les milieux politiques, culturels et sociaux s'engageaient dans le courant de la « libération sexuelle », amorcée dans les années soixante. Les femmes avaient maintenant accès à des cliniques de *planning* familial dans les centres hospitaliers et à des services d'IVG qui se développaient dans des hôpitaux et des cliniques privées. Toutefois, les adolescents, qui n'attendaient pas la permission des parents pour avoir des relations sexuelles, ne trouvaient pas leur compte parmi ces services.

Les années 70 ont donc vu apparaître les cliniques spécialisées en médecine de l'adolescence dans les hôpitaux pédiatriques et quelques « *youth clinics* » autogérées qui, grâce à l'article 42 de la *Loi sur la protection de la santé publique*,² pouvaient traiter de façon confidentielle les maladies vénériennes³ chez les jeunes de 14 ans et plus. Parallèlement, le milieu scolaire était aussi en mouvement et implantait en 1978 des cours de formation personnelle et sociale dans les écoles. Grâce à l'initiative de Nicole Saint-Jean, psychologue au Bureau de Consultation Jeunesse (BCJ) de Montréal, un lieu centré sur la santé sexuelle des adolescents a été créé, alliant éducation,

Ellevanhoutte, 2008. Certains droits réservés ©



prévention et soins. Le CLSC Centre-Ville a accepté de partici-

Au départ, à la Clinique, un service d'accueil et de permanence téléphonique offert tour à tour par les intervenants occupait la majeure partie de la vie quotidienne de l'équipe, qui jumelait une intervention éducative et psychosociale à des services médicaux. Une équipe médicale stable était toujours disponible avec ou sans rendez-vous pour la contraception d'urgence ou une prescription à long terme, pour le dépistage des infections transmises sexuellement et pour calmer, rassurer ou traiter quand un symptôme désagréable se manifestait. Lors d'une consultation, une adolescente qui exprimait des difficultés sexuelles, familiales ou amoureuses dans sa vie personnelle pouvait aussi prendre contact avec une intervenante de l'équipe psychosociale pour une aide *ad hoc* ou un accompagnement à plus long terme. De la même façon, une jeune suivie par l'équipe

psychosociale avait accès au médecin ou à l'infirmière lorsque nécessaire. Le but était d'offrir une intervention globale et la plus sim-

ple possible pour limiter les déplacements et les absences scolaires. Rapidement, devant les besoins des jeunes, des rencontres de groupe se sont également organisées. Ainsi sont nés des groupes parents-adolescents (qui sont ensuite devenus des rencontres mères-filles), des groupes de soutien pour les jeunes victimes d'inceste et des rencontres d'information sur la contraception et la vie sexuelle.

Dès 1980, la clinique des jeunes a commencé à pratiquer des IVG et, en 1981, à la suite de l'acquittement du Docteur Morgentaler et de la décision du gouvernement du Québec de ne plus tenter de poursuites judiciaires pour l'avortement, la clinique s'est jointe au Centre de Santé des Femmes et à cinq CLSC pour offrir ce service. L'avortement ne sera décriminalisé qu'en 1988

par le gouvernement fédéral. En 1999, la Clinique des jeunes obtient du Ministère de la Santé et des Services sociaux un mandat régional pour offrir le service d'IVG aux adolescentes de moins de 18 ans du Montréal métropolitain.

L'habitude de fonctionner dans des zones grises et l'engagement à prendre le parti des jeunes étaient à concilier avec un soutien aux parents et autres adultes qui avaient la charge des enfants. Quelle était la règle à suivre pour accompagner une adolescente, parler en son nom, mais aussi, l'inciter à accepter des contraintes et à développer des comportements responsables ? Comment aider une adolescente de moins de 14 ans active sexuellement ou un jeune qui quitte sa famille pour vivre dans la rue, phénomène plutôt nouveau au début des années 80 ? Comment accompagner une jeune immigrante soumise à la rigidité que lui impose parfois sa famille et l'adolescente qui consulte pour un deuxième ou troisième avortement ?

REGARDS

« il ne se passe pas une journée sans que l'intervenante à l'accueil ne reçoive un appel d'une jeune de 14 ou 15 ans qui croit être enceinte, ne peut en parler dans son entourage et ne sait plus quoi faire. »

Les membres de l'équipe se sont donnés le temps de réfléchir ensemble en allant chercher, à l'occasion, une aide extérieure. Cette réflexion d'ordre éthique, philosophique et pratique a permis de développer une expertise et un modèle d'intervention qui ont été partagés avec les autres cliniques jeunesse des CLSC du Québec. L'équipe a également été active sur le plan politique au travers d'interventions à la radio, à la télévision, dans les journaux et les revues pour rejoindre les parents et les renseigner sur la sexualité des jeunes. Des cours, ateliers et conférences ont été animés auprès d'étudiants et de professionnels de la santé et l'équipe a siégé sur des comités ministériels et participé à des rencontres dans les écoles ainsi qu'auprès de groupes communautaires. La Clinique était présente dans toutes les tribunes qui permettaient de porter la parole des jeunes.

Démantèlement

La période entre 1995 et 2004 a été marquée par des fusions d'établissements et des coupures à la suite, entre autres, des mises à la retraite massives d'infirmières. Il en a résulté un démantèlement de plusieurs équipes de soins, notamment dans les CLSC. Les infirmières ont été moins présentes dans les écoles et, en 2001, les cours de formation personnelle et sociale ont été éliminés.

Pour beaucoup d'intervenants, le sentiment d'appartenance s'est effrité dans des établissements devenus trop gros. Lorsque des réfor-



Nifty., 2010. Certains droits réservés ©

mes administratives n'améliorent pas le fonctionnement d'un réseau mais l'alourdissent, les intervenants risquent de perdre le sens de leur travail. La tentation du désengagement a aussi menacé la clinique. Cependant, l'équipe était suffisamment stable, motivée et passionnée pour continuer à se débattre afin de préserver la qualité et l'accessibilité des services qu'elle jugeait

indispensables. Ainsi, elle a réussi à défendre et faire valoir l'importance de maintenir un lieu spécifique avec son propre numéro de téléphone et un accueil téléphonique avec une « vraie » personne, pour éviter que les jeunes ne se perdent dans les méandres des boîtes vocales. De fait, il ne se passe pas une journée sans que l'intervenante à l'accueil ne reçoive un appel d'une jeune de 14 ou 15 ans qui croit être enceinte, ne peut pas en parler dans son entourage et ne sait plus quoi faire.

Obstacles

Cet alourdissement du système s'est accompagné de l'apparition d'obstacles qui ont contribué à diminuer l'accès à la contraception pour

les jeunes filles et à limiter les interventions de l'équipe. D'abord, la législation encadrant les régimes d'assurance médicaments (adoptée en 1997) a créé un système complexe qui pénalise certaines jeunes. En effet, celles qui bénéficient des assurances privées de leurs parents doivent faire part à ces derniers de la prescription qu'elles ont reçue si elles veulent être remboursées. Cependant, souvent, les jeunes ne veulent pas que leurs parents sachent qu'elles prennent la pilule. Celles dont les parents sont couverts par l'assurance publique peuvent, de leur côté, recevoir leur contraceptif gratuitement et en toute confidentialité. Par contre, à 18 ans, si elles sont encore à la charge de leurs parents, ces derniers doivent obligatoirement le déclarer pour que leur fille continue d'être couverte. Plusieurs d'entre elles se retrouvent donc dans une impasse, leurs parents ignorant qu'elles utilisent un moyen de contraception. Parmi les plus démunies, mais aussi chez des jeunes issues de l'immigration, plusieurs parents ne se préoccupent pas de cette obligation légale d'obtenir une assurance, encore moins de la mettre à jour lorsque leurs enfants atteignent 18 ans. Ils ne sont pas à l'aise avec toutes les subtilités de la loi. En contraste avec ces difficultés, le traitement des ITSS a été grandement facilité par l'ajout d'un code sur l'ordonnance permettant au pharmacien de remettre le médicament gratuitement à la personne atteinte et à son ou ses contacts. La seule exigence est que ces personnes possèdent une carte d'assurance maladie valide.

En 2002, même s'ils étaient distribués avec soin et sous surveillance continue, une nouvelle disposition du code de déontologie des médecins a mené à l'interdiction presque totale de la distribution d'échantillons de pilules par les compagnies pharmaceutiques. Pendant plus de 20 ans, les armoires de la clinique étaient remplies d'échantillons de condoms, de « pilules » contraceptives, de traitements pour les vaginites, de crèmes, onguents et lotions fournis gratuitement par les compagnies pharmaceutiques. Le médecin ou l'infirmière pouvait ainsi amorcer un traitement le jour même de la visite, expliquer comment se protéger et utiliser un moyen de contraception et fixer un rendez-vous ultérieur. Sans discuter du bien-

fondé de cette démarche, il n'en reste pas moins que plusieurs adolescentes sont à nouveau privées d'un accès facile à la contraception. Bien qu'un programme de compensation⁴ ait été instauré par la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC) pour fournir des échantillons sur demande d'un médecin dans des cas particuliers, la réalité n'est pas aussi simple et le temps de réponse à cette demande peut suffire pour exposer l'adolescente à une grossesse non désirée. Il y a donc discrimination envers une catégorie de citoyens, soit les adolescentes et les jeunes femmes prêtes à assumer une responsabilité mais qui ne peuvent pas bénéficier d'un régime d'assurance soi-disant universel ou de son remplacement par des échantillons gratuits.

Finalement, submergés de « malades très malades », les quelques médecins qui ont encore des disponibilités n'ont souvent pas de temps pour recevoir une jeune femme qui demande une prescription de pilules. Ensuite, on lui reproche de ne pas être allée chercher sa prescription et d'être enceinte ! La pénurie de médecins omnipraticiens pose un sérieux problème pour les jeunes, qui doivent consulter sans rendez-vous et attendre plusieurs heures pour obtenir une prescription. Chaque obstacle rencontré par une jeune fille devient une raison pour attendre le prochain mois, avec les risques que cela comporte.

Initiatives

Des pas ont toutefois été faits afin de favoriser l'accès à la contraception. Les méthodes contraceptives se sont diversifiées. Certaines sont plus simples et acceptables pour des groupes particuliers de femmes. Les adolescentes peuvent utiliser des méthodes qui ne demandent pas une vigilance quotidienne, comme le timbre, l'anneau ou le stérilet. Elles peuvent aussi prendre la pilule de façon prolongée, ce qui leur permet d'espacer les périodes menstruelles. Si l'instauration du régime universel d'assurance médicaments a eu des effets pervers pour certaines femmes, il a permis à beaucoup d'autres, de milieux défavorisés, d'avoir accès aux contraceptifs à des tarifs abordables, à défaut d'une gratuité largement souhaitable. Des intervenantes de la clinique ont aussi participé au cours des années à plusieurs initiatives de santé publique qui ont porté fruit et contribué à cette réduction du nombre de grossesses non désirées et des taux d'avortement. Depuis le début des années 2000, des stratégies semblent redonner de la vigueur au *planning* familial et à l'intervention auprès des jeunes.

D'abord, une ordonnance collective permettant un accès à la contraception orale d'urgence (mieux connue comme « la pilule du lendemain » ou le PLAN B) a été créée pour les pharmaciens. Dans plusieurs équipes jeunesse et certaines écoles, les infirmières pouvaient déjà la distribuer mais cette ordonnance collective a ouvert la porte à toutes les femmes, qui peuvent maintenant se la procurer directement auprès du pharmacien sans prescription médicale.

Dans le même sens, un comité d'experts en *planning* familial a été mis sur pied à l'INSPQ. Celui-ci a élaboré en 2007 une ordonnance collective pour la contraception hormonale (pilule, timbre, anneau, injection contenant des hormones). Cette ordonnance collective vise les infirmières et les pharmaciens communautaires. Les infirmières qui ont reçu une formation peuvent prescrire la contraception hormonale pour une période de six mois à une femme en bonne santé. Cette prescription donnera le temps à la femme de prendre rendez-vous chez

le médecin pour obtenir une prescription à long terme. Cependant, l'implantation de cette ordonnance n'a pas tout réglé. L'accès au rendez-vous médical reste difficile et la mise en œuvre de l'ordonnance collective par les conseils des médecins, dentistes et pharmaciens des établissements ne s'est pas faite partout. Les ententes entre les différents ordres professionnels concernés ne sont pas nécessairement instantanées, mais ce processus évolue déjà au-delà des attentes et s'achemine certainement vers de meilleurs services pour cette clientèle.

Ce comité d'experts de l'INSPQ prend note de toutes les publications, controverses, études et opinions qui tendent à discréditer les méthodes contraceptives. Pour dissiper les fausses rumeurs et rétablir les faits scientifiquement valables auprès des intervenants, ce comité s'est donné la tâche de recenser et de tenir à jour la liste des publications et communications à ce sujet.

Le retour

En 2008, le Comité de prévention des grossesses non désirées, initié par la Direction de la Santé publique de Montréal, discutait de la pertinence de créer des petites équipes multidisciplinaires locales et les plus proches possibles des jeunes. Il est fascinant de constater que l'on favorise le retour à un modèle développé il y a 30 ans partout au Québec et que la

réforme de 2004 a démantelé dans la plupart des CSSS. Probablement en raison de son mandat régional pour les avortements des adolescentes, la Clinique jeunesse du CSSS Jeanne-Mance a été préservée et paraît d'autant plus nécessaire. La vision commune qui a su rallier les membres de l'équipe durant toutes ces années et favoriser l'accès à la contraception est l'« approche adaptée à l'adolescence ».

Cette approche a eu de multiples appellations (biopsychosociale, globale, HEADS⁵) et réside dans l'absence de jugement, l'acceptation de comportements irrationnels et de résistances au monde adulte. Elle tient compte de la « pensée magique » qui habite souvent la jeune fille, qui croit qu'elle ne sera pas enceinte, ou le jeune homme, qui croit qu'il ne la mettra pas enceinte, qu'ils n'attraperont pas une ITSS ou qu'ils peuvent se sortir facilement de l'alcool et de la drogue. Cette pensée magique correspond à une phase dans le développement cognitif où les adolescents sont dans l'instant présent et établissent des frontières floues entre le réel et l'imaginaire.

L'approche adaptée à l'adolescence se traduit aussi par la qualité de l'accueil et la création d'un lien de confiance. Par exemple, l'intervenante de l'accueil annoncera à l'infirmière ou la travailleuse sociale que l'adolescente qui se présente est triste, angoissée, au bord des larmes ou en colère. Il s'agira de la prendre là où elle est, de l'écouter et de faire en sorte qu'elle se sente toujours respectée, que ses craintes, ses peurs et ses croyances soient comprises et qu'elle reçoive le service dont elle a besoin. Il s'agit également de rejoindre les



Thrig, 2008. Certains droits réservés

garçons, de leur faire voir que la sexualité les concerne dans le plaisir comme dans les conséquences moins agréables. Pour initier la contraception ou pour l'entrevue pré-IVG si la jeune fille est enceinte, les garçons sont reçus avec celle-ci par l'infirmière ; ils sont invités à l'accompagner lorsqu'une ITSS a été décelée et sont les bienvenus pour des consultations avec la sexologue.

Cette approche pose aussi parfois des limites aux jeunes. Par exemple, une jeune qui a été amenée à la clinique par des employés du centre jeunesse où elle réside et réclamait, au nom de la confidentialité, qu'on la fasse sortir par une autre porte pour échapper à ses gardiens. Elle s'est vue répondre que ce règlement n'était pas absolu et qu'il existait dans le but de la protéger et non de cautionner un comportement dangereux pour elle. Il s'agit d'intervenir de manière « bienveillante » afin de permettre à la jeune d'avancer et d'avoir du pouvoir sur sa vie : « Prendre ta pilule te permettra de ne pas avoir peur d'être enceinte à chaque mois, de décider toi-même de prolonger les cycles et d'être menstruée moins souvent ». C'est de prendre le temps de lui expliquer une démar-

REGARDS

« Il s'agira de prendre [la jeune fille] là où elle est, de l'écouter et de faire en sorte qu'elle se sente toujours respectée, que ses craintes, ses peurs et ses croyances soient comprises et qu'elle reçoive le service dont elle a besoin. »

REGARDS

che aussi simple que d'apporter sa prescription à la pharmacie ou aussi complexe que de prendre rendez-vous avec un spécialiste.

L'équipe n'impose pas aux jeunes le comportement parfait qu'aucun adulte ne saurait lui-même respecter : « À 16 ans, ce n'est pas toujours facile d'être fidèle. Si tu ne mets pas le condom avec ta blonde, pourquoi n'en mettrais-tu pas lors d'une rencontre d'un soir ? » Ce message est « non publiable » mais pourtant réaliste. Comme intervenantes, c'est de prendre le parti des jeunes sans perdre de vue qu'ils ont des parents qui ne demandent qu'à être guidés quand ils sont confrontés à leur jeune « qui ne veut rien savoir ». Il s'agit d'aider la jeune fille enceinte à parler avec ses parents lorsque cela est nécessaire, inviter les parents ou le petit ami à se joindre aux rencontres avec la jeune, mais aussi respecter le jugement de certaines qui ne veulent absolument pas révéler leur situation, tout en les aidant à trouver un adulte dans leur entourage vers qui se tourner.

La complicité au sein d'une petite équipe stable crée une atmosphère agréable que les jeunes ressentent et qui leur permet de se confier, de se laisser aider et d'apprendre. C'est ce qui est fascinant dans ce travail. L'intervenante se retrouve toujours face à une histoire singulière sur laquelle elle peut avoir un impact, si petit soit-il. C'est ainsi que notre travail continue à faire du sens.

Notes

1. *Vingt ans après l'arrêt de la Cour suprême dans l'affaire Morgentaler, où en sommes-nous ? Perspectives éthiques et sociales autour de l'IVG*, Familles en mouvance et dynamiques intergénérationnelles, Montréal, INRS, 3 février 2010.
2. L'Article 42 de la *Loi sur la protection de la santé publique* stipule qu'un adolescent de 14 ans et plus peut consentir seul aux soins et traitements nécessités par son état de santé.
3. Les maladies vénériennes ont ensuite été appelées « Maladies Transmises Sexuellement » (MTS) puis, aujourd'hui, « Infections Transmises Sexuellement et par le Sang » (ITSS).
4. Ce programme se nomme le « Programme humanitaire d'accès aux contraceptifs ».
5. HEADS est un acronyme pour *Home, Education, Activities, Drugs, Alcohol, Sex and Suicide*.

Identités stigmatisées



AGU57 11.1. 2009. Certains droits réservés ©

DOSSIER

et discriminations

Ciblage, stigmatisation et non-recours¹

DOSSIER

Philippe Warin

Directeur de recherche
Centre national de la
recherche scientifique
(CNRS)

Professeur
Institut d'études politiques
de Grenoble

Le ciblage des programmes sociaux sur des populations et des territoires particuliers est devenu la norme dans la plupart des pays occidentaux. Cette norme du *targeting* conditionne depuis son origine le régime de protection sociale de type libéral. Dans les pays où elle s'applique, elle a toujours donné lieu à d'importants débats politiques. Par exemple, aux États-Unis, les Républicains ont parlé d'« erreur universaliste » (*universal fallacy*) pour dénigrer les tentatives d'instauration d'un programme d'assurance maladie universel (Kristol, 1994) qu'un plaidoyer de gauche s'efforçait de défendre (Skocpol, 1991; Atkinson, 1995). Des observateurs ont même expliqué le basculement à droite de l'Amérique du Nord au cours des années 1980 par la concentration accrue des aides sur les segments les plus défavorisés de la population. Peut-être que la mémoire douloureuse de la Grande dépression des années 1920-1930 hante encore les esprits. À l'époque, le système fondé sur l'assistance avait déstabilisé les finances publiques et acculé bien des États américains à la faillite, mettant ainsi en péril le crédit financier de l'État fédéral. Tout récemment, les difficultés rencontrées par le président Obama pour introduire son projet de réforme de la santé constituent le dernier épisode de cette histoire mouvementée.

En Europe continentale, où des régimes universalistes de protection sociale ont été mis en place, le ciblage prend une importance croissante, principalement à cause de la nécessité de concentrer les dépenses publiques sur les populations les plus précaires dans le cadre d'une politique générale d'économie budgétaire. En comparant les réformes des systèmes de protection fondés sur des principes d'universalité ou de « contributivité », on s'aperçoit que leur sélectivité accrue repose sur un ciblage organisé autour de techniques de mise sous conditions de ressources et de critères de composition familiale ou de handicap, par exemple. D'autres techniques s'ajoutent, en particulier celle de l'activation qui implique que les bénéficiaires démontrent leurs efforts pour améliorer leur employabilité et retrouver du travail afin de recevoir certaines prestations monétaires ou accéder à des dispositifs d'insertion socioprofessionnelle. En France, le passage du Revenu minimum d'insertion (emblématique de la politique de ciblage) au Revenu de solidarité active signe le basculement d'une logique de *welfare* vers celle du *workfare*. De cette façon, la solidarité est subordonnée aux comportements des individus. Techniquement, l'accès aux programmes sociaux est assorti de devoirs et obli-

DOSSIER

gations ; cela est vrai en particulier en matière d'insertion socioprofessionnelle, mais aussi dans d'autres domaines comme la santé et la justice.

Le ciblage a nécessairement des conséquences sur les populations visées et, d'une façon plus générale, sur la cohésion sociale, structurée notamment à partir des politiques sociales ou des programmes de protection sociale. Des « frontières sociales, mentales et politiques » sont ainsi introduites. Dans le prolongement de travaux maintenant anciens sur le *welfare stigma* (Feagin, 1972; Austin et Horan, 1974; Yaniv, 1998), nous avons indiqué que le ciblage pouvait produire une « société de frontières », au sens où il induit des processus de stigmatisation qui, tout à la fois, mettent sous tension les rapports entre contributeurs et bénéficiaires du système de protection, disqualifient ces derniers, qui préféreront parfois ne pas recourir à l'offre proposée et conduisent certains à rechercher des solutions collectives sur des bases sociales, territoriales ou communautaires, à l'insu des modèles institués de cohésion sociale (Warin, 2007). Ces conséquences sont rapidement rappelées ici, avant de reprendre la question de la stigmatisation sur deux plans différents : d'une part, en montrant que le ciblage révèle des stigmatisations dont il n'est pas la cause directe. D'autre part, que d'autres techniques de ciblage peuvent produire, à l'inverse de la stigmatisation, des processus de (ré)identification des individus dans des rôles sociaux valorisés.

Ciblage destructeur

Dans les pays anglo-saxons, la culture du soupçon est présente depuis longtemps à l'égard des personnes en capacité de travailler qui ne s'en sortent pas par elles-mêmes et qui ont besoin d'être aidées (Taylor-Gooby, 1976). La stigmatisation est une forme de sanction im-



Lepiaf.géo, 2008. Certains droits réservés (C)

sée à celui qui n'arrive pas à s'adapter au fonctionnement d'une société libérale fondée sur la responsabilisation des individus. Certains auteurs en ont ainsi parlé comme d'un processus objectif de disqualification et ont vu à travers elle un résidu historique lié aux conditions souvent dégradantes d'obtention de l'aide sociale mises en œuvre notamment par la loi sur les pauvres de 1834 au Royaume-Uni. Dans le cas des États-Unis, le soupçon à l'égard de ceux qui ont besoin d'être aidés est attisé par une représentation raciale du *welfare* et de la pauvreté. Cela proviendrait de l'idée, entretenue par de nombreux discours politiques et médiatiques, selon laquelle les programmes ciblés sont utilisés abusivement par les minorités ethniques, qui sont en plus perçues comme fainéantes (Gilens, 1999). Comme le prouvent les statistiques, cette idée est totalement erronée. Les minorités ethniques ne surconsommant pas ces programmes et d'autres études ont démontré que les niveaux de prestations sociales

« La stigmatisation est une forme de sanction imposée à celui qui n'arrive pas à s'adapter au fonctionnement d'une société libérale fondée sur la responsabilisation des individus. »

DOSSIER

« À utiliser les figures du méritant et du non-méritant, politiques et médias produisent, aux États-Unis comme en France, des discours de division de la société à partir de préjugés sociaux et culturels. »

observés dans les différents États américains sont inversement corrélés à la proportion de ces minorités dans la population générale. Gilens souligne surtout la difficulté d'accepter le multiculturalisme et les politiques d'orientation multiculturaliste aux États-Unis, qui se distingueraient ainsi de leur voisin du Nord, le Canada, où le multiculturalisme apparaît au contraire comme une dimension constitutive de l'identité nationale. À utiliser les figures du méritant et du non-méritant, politiques et médias produisent, aux États-Unis comme en France, des discours de division de la société à partir de préjugés sociaux et culturels. Le but évident est de persuader du bien-fondé de réformes profondes des politiques ou des programmes sociaux, mais aussi de justifier la chasse à ceux qui abuseraient de l'offre publique, plutôt que d'aborder la question plus importante économiquement et socialement des personnes qui n'y accèdent pas alors qu'elles y auraient droit. Ainsi le ciblage contribue-t-il à dresser des « frontières sociales ».

Du côté des individus, le recours aux mesures de solidarité est souvent vécu comme un retour à l'assistance. Les bénéficiaires potentiels préfèrent alors parfois renoncer à l'offre publique plutôt que d'apparaître comme des assistés. Dans sa modélisation économétrique du processus de stigmatisation qui peut accompagner l'accès des familles avec enfants à charge aux aides sous conditions, l'économiste américain Robert Moffitt (1983) a souligné que plus le niveau de scolarisation est élevé, plus le sentiment de stigmatisation lié à l'aide sociale est important. Ainsi, il notait le besoin crucial de certaines catégories de bénéficiaires de ne pas être disqualifiées par l'octroi de droits réservés aux plus pauvres. Stigmatisés par la culture

ambiante du soupçon, certains refusent les « aides » parce qu'elles les déclassent. C'est ce que souligne également le sociologue Paugam (1991), en proposant le concept de *pauvreté disqualifiante*. Se percevoir comme assisté conduit à ne pas se considérer comme bénéficiaire légitime. Cette perception provoque parfois un repli sur soi qui peut amener les individus à perdre de vue l'idée même de leurs droits et ainsi, de leur citoyenneté sociale. Dans son analyse de *l'hereditary poverty*, Harrington (1962) avait perçu ce problème parmi les populations noires ne recourant pas aux programmes lancés par l'administration Johnson dans le cadre de la « guerre contre la pauvreté ». À une période marquée aux États-Unis par la Marche pour les droits civiques du pasteur Luther King, ce sociologue posait clairement dans un rapport retentissant pour l'administration américaine la question du sens de ces programmes sociaux pour des populations qui ne se considèrent pas et ne sont pas traitées comme citoyennes à part entière. Il relevait en quelque sorte l'existence de « frontières mentales » induites par une culture du soupçon, dans une société encore ouvertement raciste et ségrégationniste. En travaillant aujourd'hui sur la question du non-recours, notamment en France, on peut relever des mécanismes analogues de stigmatisation produisant des barrières mentales qui peuvent avoir pour conséquences un repli sur soi et, finalement, un « vivre hors droits » (Warin, 2008).

On dénote aussi des conséquences politiques du ciblage, notamment dans la société française qui ne se reconnaît pas comme une société différenciée alors qu'elle est multiculturelle. D'une part, l'évolution du système de protection sociale n'est pas à l'abri d'un processus de stigmatisation par suspicion. Cela s'explique par la « déliaison sociale » provoquée par l'effondrement de la culture historique constituée de couches populaires rejetées aux marges du travail intégrateur et accentuée par l'impératif de l'autonomie individuelle. On se retrouve face au phénomène de soustraction des individus à l'encastrement des collectifs dont parle Castel (1995) pour signifier la montée d'un « individualisme négatif » lié à l'épuisement du système de solidarité bâti au-

tour du salariat. D'autre part, il n'y a pas en France d'espaces politiques reconnus (admis et encouragés) pour des réactions collectives permettant la (re)construction du sentiment d'appartenance et de fraternité. Il existe pourtant dans ce pays de nombreux lieux, notamment associatifs, qui œuvrent pour éviter la stigmatisation, redonner une dignité aux exclus et (ré) inscrire les individus dans l'idée de l'accès aux droits. Ces structures associatives ne sont toutefois pas clairement situées dans les processus de production des

politiques de lutte contre les exclusions, notamment dans leur fonction de relais par rapport à l'action des pouvoirs publics ou des organismes sociaux (Chauveaud et Warin, 2009). À la différence des groupes communautaires nord-américains qui ont pu s'appuyer sur le droit pour se battre pour la réduction des inégalités (Nonet et Selznick, 2001), ces structures n'ont pas la capacité et l'habitude de recourir à la justice pour faire valoir les droits sociaux des

personnes qu'elles défendent du fait de la très faible juridiciarisation des politiques sociales. Du coup, une « frontière politique » se dresse entre ceux qui relèvent encore de dispositifs les intégrant à la citoyenneté sociale et ceux qui, étant en retrait, s'isolent ou bien rejoignent des groupes communautaires. Ainsi la transformation de la protection sociale constitue-t-elle aujourd'hui en France une menace pour la cohésion sociale.

Ciblage révélateur

Le ciblage révèle aussi des stigmatisations dont il n'est pas directement la cause. Un non-recours par absence de demande apparaît lorsque l'offre publique impose des normes de comportements qui paraissent irréalisables ou inacceptables. L'activation, en particulier, véhicule des modèles d'accomplissement de soi, de maîtrise de sa vie et de réussite sociale qui demandent aux individus de démontrer leurs capacités. Ces modèles sont difficilement ac-



Atrab, 2008. Certains droits réservés ©

cessibles pour certains, tant pour des raisons sociales, économiques et psychologiques, que pour des raisons morales ou politiques. En particulier, la technique de l'activation, avec ce qu'elle exige comme engagements à respecter pour obtenir des ressources et un statut de bénéficiaire, peut, par dénigrement de ses propres capacités, découragement devant la complexité de l'accès ou non adhésion aux règles formelles, susciter un refus de demander. Dans

DOSSIER

Dee'lite, 2008. Certains droits réservés ©



ces multiples situations, l'activation ne peut être comprise dans sa relation au non-recours aux droits indépendamment des positions sociales, des psychologies et des valeurs individuelles, elles-mêmes inscrites dans les histoires de vie. Aussi peut-on se demander quels sont les effets de cette technique de ciblage lorsque la précarité met à mal l'estime de soi. Pour le dire comme Ehrenberg (2010), dans ce cas, il y a urgence à s'interroger sur la confiance des individus en eux-mêmes et en les institutions, surtout de ceux qui subissent le plus violemment les inégalités sociales. Certains cèdent devant les injonctions, les acceptent malgré eux, alors que d'autres ne demandent rien et se replient sans se rebeller. Le ciblage produit ainsi des « dociles » et des « invisibles » mais, plus rarement, des « contestataires ». Cela étant, il avive souvent des douleurs et des peurs produites pour d'autres raisons et à d'autres occasions. Il met notamment à l'épreuve les individus qui, soumis à de multiples injonctions de conformité et de responsabilité dans leur vie familiale et professionnelle, sont déjà stigmatisés par des échecs qui suscitent honte et mépris lorsqu'ils ont le sentiment d'être dévoilés aux yeux des autres et d'être des individus sans qualités (Dubet, 2000).

Pour ces raisons, l'accès aux droits et aux dispositifs sociaux passe de plus en plus par une transformation de l'intervention sociale dans le but de (re)donner tout d'abord aux individus les capacités à résoudre leurs difficultés et à se

projeter dans l'avenir (Warin, 2010). Le renforcement de l'autonomie des individus en situation d'exclusion, voire de précarité, est en effet considéré comme un préalable indispensable à tout processus d'accompagnement dès lors que les personnes devenues insensibles à la privation de droits et de servi-

ces n'éprouvent plus de sentiment d'indignité. Le message selon lequel il est prioritaire de (re) constituer les psychologies des personnes exclues ou vulnérables afin qu'elles se perçoivent comme des demandeurs légitimes, est diffusé en France comme au Québec (Baillergeau et Bellot, 2007). Le travail d'accueil, d'écoute et de reconnaissance prend une place particulière dans la recherche d'autonomie des individus, qu'il soit porté par des services publics ou des structures associatives.

Ciblage producteur

Si l'on analyse plus globalement la relation entre *welfare* et *stigmatisation*, il faut aussi considérer d'autres techniques de ciblage qui, à l'inverse de l'activation, produisent un processus objectif de valorisation des individus. C'est le cas en particulier de la contribution financière laissée aux usagers dans le domaine de la santé. Cette technique de réduction des dépenses publiques est de plus en plus utilisée en Europe. Visant directement une régulation budgétaire, elle permet de procéder à un transfert de charges vers certaines catégories de patients, en particulier pour des dépenses pharmaceutiques, mais également, dans certains pays, pour des soins hospitaliers ou ambulatoires. Il y a également ciblage parce que certains sont exonérés de cette contribution, comme les personnes atteintes de maladies chroniques. Cependant, des experts considèrent que ce choix complique l'accès au système de soins, en particulier des catégories les plus

modestes, voire qu'il produit des effets dissuasifs. En 2008, 15% de la population française déclarait avoir renoncé à des soins pour raisons financières au cours des douze derniers mois ; le taux grimpe à 32% en cas d'absence de complémentaire santé (soit environ 8% de la population). On est donc loin du système parfait vanté par le président Sarkozy devant son homologue américain à Washington à la fin du mois de mars 2010.

Cette technique de la contribution financière est donc à analyser en regard de ses incidences en termes de non-recours aux soins (reports, abandons, renoncements), d'autant que, selon toute vraisemblance, elle ne pose pas la seule question des coûts à supporter. Elle implique aussi une transaction personnelle entre intérêts, obligations et valeurs, où entre en ligne de compte une multitude de paramètres, si bien qu'il paraît nécessaire d'évaluer les effets de cette technique de ciblage également d'un point de vue pratique et symbolique. Sur le plan pratique, la contribution signifie un coût supplémentaire pour le patient qui peut décider de façon raisonnable – plutôt que rationnelle – de la manière dont il recourt au système de soins.² Il est conduit à transiger entre ses intérêts et ses obligations, soit des dimensions qui intègrent un grand nombre de facteurs de nature différente (prise de risques, peurs, responsabilités vis-à-vis d'autrui). Sur le plan symbolique, la contribution assigne le patient dans un rôle d'acheteur. Elle lui impose ainsi un statut nouveau par rapport à celui d'assuré social, bénéficiaire d'un système de soins dont le coût est assumé par les contributions sociales. La contribution financière individuelle modifie donc substantiellement le rapport au système de soins auquel les patients étaient habitués. Elle introduit une règle qui peut déclencher des refus de principe, mais aussi engendrer des comportements de consommateur, des dépen-

ses autres que pour la santé pouvant être préférées par choix ou par nécessité. Lorsque l'on se perçoit en bonne santé, la possibilité d'une aide partielle de l'État pour souscrire à une complémentaire santé – comme c'est le cas en France depuis janvier 2005 – peut être laissée de côté lorsque l'on préfère utiliser son budget autrement (s'acheter un écran plasma à crédit, financer ses sorties ou son loyer). Les modes de vie pèsent donc aussi. À plusieurs reprises, en signalant la possibilité d'un rapport de plus en plus nomade ou intermittent à l'offre publique (en matière de santé, de recherche d'emploi et d'insertion socioprofessionnelle), nos travaux sur le non-recours ont indiqué la possibilité d'une concurrence entre l'accès à des droits ou des services, coûteux et non plus gratuits, qui répondent à des besoins courants, et l'accès à des biens de consommation courants qui favorisent un processus identitaire (Warin, 2008; 2010). Des ressources financières individuelles limitées obligent à faire des choix qui peuvent donner la priorité à la satisfaction de besoins plus directement en lien avec un mode de vie valorisé et donc valorisant. Un coût financier étant aussi inclus dans le ciblage, l'offre publique devient pour cette autre raison un facteur actif de non-recours. Cela conduit à s'interroger sur les effets induits par le « mécanisme de marchandisation de l'offre publique » qui s'introduit dans la protection sociale et, comme dans bon nombre de programmes sociaux, dans le domaine de l'insertion, des loisirs, d'éducation ou encore, de la formation.

Dualisation vs cohésion

Au final, le ciblage sur des populations particulières apparaît comme un processus paradoxal en regard des phénomènes de stigmatisation,

par rapport auxquels la littérature internationale sur le *welfare stigma* a analysé le phénomène de non-recours. Selon les techniques employées, le ciblage active des modèles de conformité et de réussite qui produisent directement ou indirectement des stigmatisations, mais valorise également des comportements de consommation qui ont une dimension sociale intégratrice. En provoquant à la fois du non-recours subi et du non-recours volontaire, cette norme centrale dans la recomposition de l'offre publique peut en même temps creuser une dualisation de la société (entre ceux soumis aux obligations du ciblage et ceux qui échappent à ce régime) et alimenter le processus de cohésion sociale (en donnant même aux plus précaires la possibilité de choisir ou non l'offre proposée). N'y a-t-il pas là un risque de schizophrénie, si une même norme tantôt met les individus sous la pression de conditions de comportements et, tantôt, les renvoie à leur libre arbitre ? Aux frontières sociales, mentales et politiques, s'ajouterait alors un fractionnement des psychologies.

Notes

1. Texte issu d'une conférence présentée le 10 mars 2010 dans le cadre des « Midis du CREMIS ».
2. Cette conception du patient s'inscrit dans une démarche inspirée de l'économie comportementale ou expérimentale, qui se démarque de la théorie des choix rationnels. L'accent est alors mis sur les ressorts de conduite (émotions, normes sociales, altruisme, recherche de reconnaissance) qui n'envisagent pas la question du recours/non-recours aux soins qu'en regard de l'analyse de l'acteur rationnel, préoccupé principalement – sinon uniquement – par le calcul de ses intérêts. Cette conception fait surtout débat aux États-Unis pour l'instant (Franck, 2008; Thaler et Sunstein, 2008).

Atkinson, A. (1993). « On Targeting Social Security: Theory and Western Experience with Family Benefits », London School of Economics, Welfare State Program, Working paper n° 99, Décembre.

Austin, P.-L. et P.-M. Horan (1974). « The Social Bases of Welfare Stigma », *Social Problems*, 21 : 648-657.

Baillergeau E. et C. Bellot (eds.) (2007). *Les transformations de l'intervention sociale. Entre innovation et gestion des nouvelles vulnérabilités ?*, Québec, Presses de l'Université du Québec.

Castel, R. (1995). *Les métamorphoses de la question sociale. Une chronique du salariat*, Paris, Fayard.

Chauveaud, C. et P. Warin (2009). *Des fabriques de citoyenneté*. Rapport de recherche pour le PUCA, en lien avec le CREMIS. Disponible en ligne : <http://odenore.msh-alpes.fr/node/316>

Dubet, F. (2000). *Les inégalités multipliées*, La Tour d'Aigues, Éditions de L'Aube.

Ehrenberg, A. (2010). *La société du malaise*, Paris, Odile Jacob.

Feagin, J.-R. (1972). « America's Welfare Stereotypes », *Social Science Quarterly*, 52(4) : 921-933.

Franck, R.-H. (2008). *The Economic Naturalist: In search of explanations for everyday enigmas*, New York, Basic Books.

Gilens, M. (1999). *Why Americans Hate Welfare: Race, Media, and the Politics of Antipoverty Policy*, Chicago, Chicago University Press.

Harrington, M. (1962). *The Other America. Poverty in United States*, New York, The Penguin Press.

Kristol, I. (1994). « À demi trop malin », *Commentaire*, Hiver 1993-1994, 64 : 858-860.

Moffitt, R. (1983). « An Economic Model of Welfare Stigma », *American Economic Review*, 73(5) : 1023-1035.

Nonet, P. et P. Selznick (2001). *Toward responsive law. Law and society in transition*, New Brunswick, Transactions Publishers.

Paugam, S. (1991). *La disqualification sociale. Essai sur la nouvelle pauvreté*, Paris, PUF.

Skocpol, T. (1991). « Targeting within Universalisms », in Jenks C. et P. Peterson (ed.), *The Urban Underclass*, Washington, Brookings.

Taylor-Gooby, P. (1976). « Rent Benefits and Tenants' Attitudes. The Batley Rent Rebate and Allowance Study », *Journal of Social Policy*, 5(1) : 33-48.

Thaler, R. et C. Sunstein (2008). *Nudge: Improving decisions about health, wealth, and happiness*, New Haven and London, Yale University Press.

Warin, P. (2007). « Frontières sociales, mentales, politiques : sur quelques caractéristiques du libéralisme. Regard sur la protection sociale », Conférence, Université de Fribourg, Chaire de l'UNESCO, 13 juin.

Warin, P. (2008). « Le non-recours par désintérêt : la possibilité d'un 'vivre hors droits' », *Vie sociale*, 1 : 9-19.

Warin, P. (2010). « Les politiques publiques face à la non demande sociale », in Borraz O. et V. Guiraudon (dir.), *Politiques publiques. 2/ Des politiques pour changer la société ?*, Paris, Presses de Science Po, 2010, à paraître.

Yaniv, G. (1998). « Welfare fraud and welfare stigma », paper presented at the 2nd International Research conference on Social Security, Jérusalem, 25-28 janvier.

Dans l'œil du professionnel

DOSSIER

Un après-midi d'été. Une promenade en vélo sur l'île de Montréal, d'un quartier à un autre. Départ dans le territoire des Faubourgs, où le taux de pauvreté avoisine les 48% et l'espérance de vie des hommes, les 66 ans. Ensuite, nous pédalons en direction de St-Henri où le taux de pauvreté est de 42% et l'espérance de vie des

hommes à la naissance, de 69 ans. Nous longeons le bord de l'eau, et arrivons à LaSalle, où le taux de pauvreté est de 24% et l'espérance de vie des hommes à la naissance, de 75 ans. La promenade se termine sur la pointe ouest de l'île, au Lac St-Louis, où le taux de pauvreté est de 9% et l'espérance de vie des hommes, près de 80 ans (Montpetit et al., 2008). Un après-midi d'été. Une promenade de quelques heures parmi des inégalités sociales et de santé prononcées.

Ces inégalités s'expriment de la même façon dans le domaine buccodentaire : les enfants d'Hochelaga et des Faubourgs, par exemple, ont beaucoup plus de caries dentaires que ceux de LaSalle ou de Lac St-Louis. Une étude réalisée en 1999 a ainsi montré que dans les familles dont les revenus sont inférieurs à



Albantzar, 2010. Certains droits réservés

30 000 \$ par an, les enfants de cinq et six ans ont en moyenne 5,6 caries. Lorsque le revenu familial dépasse 50 000 \$ par an, les enfants n'ont en moyenne que 2,3 caries (Brodeur et al., 2001). Ces inégalités se poursuivent à l'adolescence puis, à l'âge adulte, se manifestent de manière dramatique par l'édentation. Une étude de Brodeur et al. (1995), montre que parmi les Québécois âgés de trente-cinq à quarante-quatre ans, le quart de ceux ayant un revenu inférieur à 15 000 \$ ont déjà perdu toutes leurs dents, tandis que cela ne concerne que 6% de ceux dont le revenu est supérieur à 60 000 \$.

Paradoxalement, alors que les personnes en situation de pauvreté ont de grands besoins en termes de soins, il leur est souvent difficile d'accéder au dentiste. Dans une de nos études

Christophe Bedos

Professeur
Faculté de médecine
dentaire
Université McGill

Chercheur associé au
CREMIS

Propos recueillis par
Valérie Besner
Revue du CREMIS

DOSSIER

(Bedos *et al.*, 2004a), nous révélons ainsi que plus les Québécois ont de faibles revenus, moins ils s'adressent à un dentiste de manière préventive et plus ils attendent en cas de problème. En conséquence, ils subissent plus d'extractions dentaires lorsqu'ils consultent (Bedos *et al.*, 2004b). Bien que la barrière financière joue un rôle important dans l'accès aux services, sa suppression est loin de résoudre le problème. Les prestataires de l'aide sociale en offrent une bonne illustration : en dépit de l'assurance dentaire publique qui leur est destinée, ils visitent rarement un dentiste (Bedos *et al.*, 2003). On observe un phénomène semblable aux États-Unis où, chaque année, à peine 20% des bénéficiaires du programme *Medicaid* consultent un dentiste (NIDCR, 2001). L'accès aux services dentaires des personnes en situation de pauvreté se heurte donc à d'autres barrières que le facteur financier (Mofidi *et al.*, 2002).

Dans des entretiens menés à Montréal avec des personnes en situation de pauvreté, il ressort qu'elles se sentent parfois stigmatisées par le dentiste à cause de leur condition sociale et sanitaire. Sensibles au regard des autres,

elles se sentent souvent mal à l'aise et jugées, alors qu'elles éprouvent au contraire un besoin de tolérance et de respect. Chez le dentiste, l'environnement n'est pas forcément chaleureux, ni rassurant. Il faut donc que les personnes en situation de pauvreté éprouvent un besoin urgent avant de consulter et si elles pensent que le professionnel aura des préjugés, elles seront peu portées à lui dire ce qu'il en est de leur santé.

Trois logiques

Les professionnels de la santé proviennent majoritairement des classes moyenne ou supérieure. Peu sont issus des minorités culturelles, des Premières Nations ou des classes sociales défavorisées. La majorité d'entre eux connaît donc mal les besoins spécifiques de ces populations et doit relever certains défis pour soigner des individus ayant des besoins multiples et un accès limité au système de santé. Dans le cadre d'une enquête portant sur les dentistes, j'ai tenté de comprendre « l'œil » que portent les professionnels sur les prestataires de l'aide sociale.

Les dentistes peuvent considérer les patients comme des clients et une source de revenus. Il s'agit de la perspective entrepreneuriale, qui comprend des facettes économique et administrative. Les prestataires de l'aide sociale cadrent mal avec cette perspective et ne sont pas perçus comme de « bons clients » sur le plan financier. Tout d'abord, les tarifs de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) pour les prestataires de l'aide sociale sont beaucoup plus bas que ceux pour des clients « réguliers ». Ensuite, les traitements prodigués aux prestataires de l'aide sociale sont souvent considérés comme étant « bas de gamme ». C'est le cas de l'extraction de dents, par exemple, qui est peu rémunératrice comparativement à un traitement de canal ou à la pose d'implants dentaires. Troisièmement, les dentistes peuvent trouver que les prestataires de l'aide sociale se conforment mal à la logique des rendez-vous qui sont parfois pris en urgence ou manqués par ces derniers. Cela désorganise l'agenda des dentistes et constitue pour eux une grande source de frustration. Dans cette perspective



Lepiaf, geo., 2008. Certains droits réservés

entrepreneuriale où le dentiste tend à maximiser ses revenus, il a peu intérêt à recevoir des personnes prestataires de l'aide sociale.

Les dentistes peuvent également percevoir les prestataires de l'aide sociale comme des « cas cliniques ». Il s'agit de la perspective biomédicale, une perspective davantage axée sur la qualité technique des traitements. Ici encore, les prestataires de l'aide sociale répondent mal aux attentes des professionnels : ils sont rarement considérés comme de « bons patients » car, même s'ils constituent souvent des cas complexes, ils sont peu motivants du point de vue technique. De plus, les dentistes trouvent qu'il est difficile d'interagir avec ces personnes et d'établir un plan de prévention et de traitement. Les dentistes se retrouvent par ailleurs dans l'incapacité de faire les meilleurs traitements possibles à cause de la couverture dentaire insuffisante de la RAMQ et du manque d'assiduité des patients. Lorsqu'ils ne peuvent prodiguer des traitements pour lesquels ils ont été formés, certains dentistes disent avoir l'impression de faire une dentisterie de deuxième classe, une dentisterie des « années 30 ». Cette situation crée de vives frustrations chez les professionnels, ainsi qu'un sentiment d'échec et d'impuissance. Pourquoi être obligé d'extraire une dent alors que les avancées en dentisterie permettent de la conserver ?

Enfin, les dentistes peuvent avant tout considérer les prestataires de l'aide sociale comme des personnes, nouer un lien social et thérapeutique avec elles et tenter de comprendre leurs conditions de vie et de surmonter la distance sociale. Il s'agit de la perspective relationnelle, humaine. Les dentistes prendront leur temps avec les personnes et s'intéresseront à leurs peurs, besoins, désirs ou succès, en évitant les attitudes moralisatrices ou stigmatisantes. Ce regard s'éloigne d'une perception des personnes comme « non-méritantes », c'est-à-dire responsables de leur situation sociale et sanitaire, et peu motivées à l'améliorer, image véhiculée dans la société à l'égard de ces personnes. Nous avons ainsi rencontré des dentistes qui, au cours de leur carrière à Montréal, ont développé une approche que nous avons nommée « socio-humaniste » car elle met

l'accent sur l'empathie avec les personnes en situation de pauvreté (Loignon *et al.*, à paraître).

Chaque professionnel de la santé dentaire regarde donc la personne qui entre dans son cabinet à travers un prisme où ces trois logiques se croisent. Les deux premières tendent davantage vers l'exclusion de la personne. En ce qui a trait à la dernière perspective, cela dépend du niveau d'empathie du dentiste et de la façon dont ce dernier perçoit la pauvreté.

Rapprocher les mondes

Avoir de belles dents est important pour tous. Lorsqu'on leur parle de santé dentaire, les prestataires de l'aide sociale vont en premier lieu penser à l'esthétique : le sourire, la blancheur des dents. La santé dentaire a une dimension sociale plus que biomédicale. Avoir de belles dents, c'est pouvoir sourire ou parler sans se cacher la bouche. C'est également un facteur facilitant pour se trouver un emploi, notamment dans le secteur des services où il y a un contact avec la clientèle. Rares sont les vendeurs de la rue Mont-Royal à qui il manque une dent antérieure. Dans nos entrevues, une femme prestataire de l'aide sociale confiait qu'elle aurait pu appliquer à un emploi dans un *Tim Horton's* mais qu'il lui manquait une dent de devant et qu'elle se sentait mal à l'aise de

postuler. Les personnes en situation de pauvreté ont, comme les autres, le droit à la santé, et cela inclut la santé buccodentaire.

J'aimerais que les deux mondes, social et professionnel, se rapprochent et que la perspective « socio-humaniste » prenne le pas sur la perspective entrepreneuriale et devienne dominante. Le fait de se rapprocher des populations marginales fait partie du mandat des professionnels. Mes étudiants me disent : « on ne va pas pouvoir changer le monde » mais pourtant, les dentistes ont un rôle social à jouer, un devoir de veiller au bien-être de la population, d'autant plus que la profession a le monopole de la dispensation des services en soins dentaires.

Il y a plusieurs moyens pour changer cela, par exemple, le recrutement d'étudiants en médecine dentaire qui viennent de différents milieux ou de différentes communautés, en espérant qu'ils aient un autre regard sur la population. Il faut également changer la philosophie de la formation. Être un professionnel devrait être une forme de sacerdoce, une réponse à un idéal de justice sociale.

Dans mes cours à l'Université McGill, avec la collaboration de la compagnie de théâtre *Mise au jeu*, nous mettons en scène des personnages en situation de pauvreté, les raisons pour lesquelles ils ne prennent pas autant soin de leur santé que les professionnels le voudraient, ou encore, pour lesquelles ils sont parfois amenés à manquer leurs rendez-vous. Ces pièces sont présentées aux étudiants et seront possiblement disponibles en ligne pour la formation continue. Les objectifs de ces présentations sont assez modestes. Il s'agit de faire réfléchir les professionnels sur des questions de société qui les concernent directement. On ne demande pas nécessairement aux étudiants d'avoir de la sympathie pour les personnes en situation de pauvreté mais, au moins, d'éprouver de l'empathie à leur endroit.

Bedos, C., Brodeur, J.-M., Boucheron, L., Richard, L., Benigeri, M. et M. Olivier (2003). « The dental care pathway of welfare recipients in Quebec », *Social Science and Medicine*, 57(11): 2089-2099.

Bedos, C., Brodeur, J.-M., Benigeri, M. et M. Olivier (2004a). « Inégalités sociales dans le recours aux

soins dentaires », *Revue Épidémiologique en Santé Publique*, 52(3): 261-270.

Bedos, C., Brodeur, J.-M., Benigeri, M. et M. Olivier (2004b). « Dental care pathway of Quebecers after a broken filling », *Community Dental Health*, 21(4): 277-284.

Brodeur, J.-M., Payette, M., Benigeri, M., Olivier, M. et D. Chabot (1995). *Étude sur la santé buccodentaire des adultes de 18 ans et plus du Québec. Résultats du sondage*, Montréal, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre.

Brodeur, J.-M., Olivier, M., Benigeri, M., Bedos, C. et S. Williamson (2001). *Étude 1998-1999 sur la santé buccodentaire des élèves québécois de 5-6 ans et de 7-8 ans*, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, Gouvernement du Québec.

Loignon, C., Allison, P., Landry, A., Richard, L., Brodeur, J.-M. et C. Bedos (à paraître). « Providing Humanistic Care: Dentists' Experiences in Deprived Areas », *Journal of Dental Research*.

Montpetit, C. et E. St-Arnaud-Trempe (2008). *Le revenu à Montréal sous observation : Coup d'oeil sur les plus récentes données sur le revenu dans les territoires sodosanitaires de l'île*, Secteur Surveillance de l'état de santé à Montréal (SÉSAM), Direction de santé publique, Montréal, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.

Mofidi, M., Rozier, R.G. et R.S. King (2002). « Problems with access to dental care for Medicaid-insured children: what caregivers think », *American Journal of Public Health*, 92(1): 53-58.

National Institute of Dental and Craniofacial Research (2000). *Surgeon General. Oral Health in America: A Report of the Surgeon General*, Rockville, National Institutes of Health.

L'étranger

DOSSIER

Si toute discrimination est une façon spécifique de traiter une population, tout traitement spécifique n'est pas discriminatoire. Quels sont les processus par lesquels le spécifique se mue en discriminatoire ? Cette réflexion s'appuie sur les principaux résultats de ma thèse en sociologie, qui portait sur les discriminations selon l'origine dans l'accès aux soins en France.¹

La discrimination selon l'origine

Jusqu'à la fin des années 1990, la discrimination est restée, en France, le domaine quasi exclusif de la justice. C'est donc sur la définition qu'en a donnée la juriste Danièle Lochak, que la problématique de cette recherche doctorale s'est appuyée : la discrimination est un traitement différentiel, entendu le plus souvent au sens de défavorable, et illégitime (Lochak, 1987).

Pour qualifier cet acte de discriminatoire, il n'est pas nécessaire que son auteur ait l'in-

tention qu'il soit défavorable ; il faut en revanche qu'il soit illégitime. Mais comment identifier l'illégitimité ? Si les juristes assimilent cette dernière à une illégalité, les sociologues peuvent difficilement se satisfaire de cette équivalence, ne serait-ce que parce qu'il leur faudrait alors renoncer à interroger la légitimité des différences de traitement instaurées par les lois. Pour ma part, travaillant sur les discriminations opérées par des professionnels, j'ai décidé d'évaluer l'illégitimité au regard des « bonnes pratiques professionnelles », telles que définies par la loi, mais aussi par la déontologie et les connaissances mises à jour. Il y a donc discrimination quand une pratique est différenciée au nom d'un critère (en l'occurrence l'origine) dont la prise en compte est inopportune du point de vue des bonnes pratiques professionnelles.

Estelle Carde

Médecin et sociologue

*Chercheure
post-doctorale
CREMIS*



Smaedil, 2009. Certains droits réservés

De 2001 à 2003, 175 professionnels de l'accès aux soins ont été rencontrés en France : soignants, travailleurs sociaux et agents dans les administrations chargées de délivrer une couverture maladie. L'analyse qualitative du matériau ainsi recueilli lors d'entretiens et d'observations de terrain m'a permis de distinguer deux grands types de processus au cours desquels un traitement spécifique devient discriminatoire.

Des exigences illégales

La protection sociale française, au lendemain de la Seconde Guerre mondiale, associe deux systèmes : la sécurité sociale (à laquelle cotisent les travailleurs) et l'aide sociale (accordée par solidarité aux « indigents »). Depuis une vingtaine d'années, cette ligne de partage s'est progressivement déplacée et aujourd'hui, plutôt que d'opposer travailleurs et indigents, elle tend à isoler les étrangers en situation irrégulière du reste de la population vivant en France.

Cette situation est patente en matière de couverture maladie. En 1993, une loi a imposé la régularité du séjour des étrangers pour bénéficier de la sécurité sociale, y compris de l'assurance maladie. Indigents ou travailleurs, tous les étrangers sans-papiers n'ont alors plus eu d'autre possibilité de couverture maladie que l'aide médicale relevant de l'aide sociale. En 1999, la création de la Couverture Maladie Universelle (CMU) a permis à toutes les personnes résidentes en France d'accéder à l'assurance maladie, quel que soit leur niveau de ressources... toutes, sauf les étrangers sans-papiers (la CMU étant une prestation de l'assurance maladie, il faut un titre de séjour pour y prétendre). Les sans-papiers sont donc désormais les seuls bénéficiaires de l'aide médicale, tous les autres indigents ayant basculé dans la couverture universelle. L'évolution de leurs



Ellevenhoute, 2007. Certains droits réservés ©

droits s'est ainsi déroulée en deux temps : exclusion de l'assurance maladie, puis isolement au sein de l'aide médicale.

Les associations de défense de droits des étran-

gers ont salué le progrès que le vote de la loi CMU représentait pour l'accès aux soins pour le plus grand nombre. Certaines y ont cependant également décelé les germes d'un danger, à savoir que l'isolement des sans-papiers au sein d'une catégorie de droit qui leur était désormais spécifiquement réservée ne favorise la restriction de ces droits.

La suite des événements leur a donné raison. À la fin de l'année 2003 était votée une loi qui réduisait l'accès à l'aide médicale, interdisant désormais à une partie de la population sans-papiers tout accès à une couverture maladie (Carde, 2009a). En outre, cette restriction a débordé le terrain du droit pour affecter celui des pratiques : certains professionnels restreignent les droits des étrangers sans-papiers en leur imposant des conditions d'accès à une couverture maladie plus sévères encore que ne le prévoient les textes de loi. Par exemple, des agents des Caisses d'Assurance Maladie exigent des sans-papiers désireux de demander une aide médicale des justificatifs non prévus par la loi.

Ces restrictions, dans la loi et sa mise en œuvre, peuvent être examinées au prisme de la définition que l'on a donnée des discriminations. Sur le plan de la loi, des associations ont dénoncé ces réformes, en considérant qu'il est illégitime et donc discriminatoire de différencier le droit aux soins en fonction de la régularité du séjour et ce, d'autant plus que la France a ratifié des textes internationaux et nationaux qui stipulent le droit de tous aux soins médicaux sans référence à la régularité du séjour.² Le Conseil Constitutionnel a toutefois justifié ces différenciations dans la mesure où elles sont nécessaires à l'intérêt général³ et qu'elles ne portent pas atteinte aux droits dits fondamentaux.

On peut cependant s'interroger sur le déplacement du point d'équilibre entre cet intérêt général et les droits fondamentaux. Ces dernières années, chacune des lois qui a réformé le droit aux soins des étrangers sans-papiers a en effet fait reculer les droits au nom de l'intérêt, pour en arriver à une situation inédite dans la France de l'après-guerre, à savoir l'absence de tout droit à une couverture maladie pour une partie de la population résidante en France⁴ (Carde, 2009b).

Sur le plan des pratiques, leur caractère discriminatoire est manifeste puisqu'elles consistent à traiter défavorablement des individus repérés par leur origine (leur nationalité étrangère, assortie d'une absence de titre de séjour), en leur imposant des exigences illégales qui freinent leur accès aux soins.

Comment expliquer que des professionnels appliquent, de façon plus restrictive encore que ne le prévoient ces textes, des lois plus dures que celles qui les précédaient ? Les entretiens semi-directifs menés auprès de ces professionnels permettent d'explorer la façon dont ils justifient ces pratiques.

Deux griefs sont généralement exprimés à l'encontre des étrangers sans-papiers bénéficiaires de l'aide médicale. D'une part, ces étrangers seraient venus en France dans le seul but de profiter d'un système de protection sociale plus généreux que celui qui leur est accessible dans

leur pays d'origine. D'autre part, leurs soins coûteraient excessivement cher à la protection sociale française. Limiter l'accès des sans-papiers à l'aide médicale permettrait par conséquent de ralentir les flux d'immigration et de sauvegarder l'équilibre budgétaire de la protection sociale. On retrouve ainsi mêlés des commentaires péjoratifs à l'égard tant des étrangers sans-papiers (indésirables au regard du droit au séjour) que des bénéficiaires de l'assistance sociale (auxquels est reprochée leur absence de participation active à la bonne marche du système parce qu'ils ne cotisent pas). Ces arguments font également écho à ceux avancés par les décideurs politiques pour justifier chacune de ces réformes, qui portent sur la nécessité de maîtriser les flux migratoires et le budget de la protection sociale : la restriction des droits sociaux des étrangers sans-papiers serait censée réduire l'attractivité de la France et les sans-papiers feraient une consommation irresponsable, voire frauduleuse, des prestations sociales.

Les représentations des professionnels s'avèrent ainsi nourries par le découpage juridique, qui concentre sur une même catégorie les connotations péjoratives associées tant à l'immigration irrégulière qu'à l'assistance sociale, et par les justifications que lui apportent les décideurs politiques. Aussi, même quand leurs pratiques sont plus restrictives encore que ne le prévoient les textes, elles restent conformes à l'esprit des politiques. Elles n'ont d'ailleurs souvent qu'un « temps d'avance » sur une loi qui finira par les entériner à l'occasion d'une réforme future (Carde, 2006; 2007).

Différences perçues et discriminations

Les discriminations envisagées jusqu'à présent dans les recherches avaient pour critère l'origine telle que définie par la nationalité et non l'origine dite « raciale ». Ce terme ne renvoie pas à des catégories naturelles, mais à des catégories sociales, naturalisées, définies à partir d'indices physiques (tels que la couleur de peau ou le faciès) et sociaux (tels que la religion ou le patronyme) qui sont signifiants dans une société et une époque données.

« Sur le plan des pratiques, leur caractère discriminatoire est manifeste puisqu'elles consistent à traiter défavorablement des individus repérés par leur origine »

DOSSIER

« Ces représentations témoignent d'une réification de l'origine culturelle, devenue critère d'orientation systématique vers un dispositif dérogatoire au droit commun »

Selon Colette Guillaumin (1972), ces discriminations découlent d'un rapport de domination et de la perception d'une différence essentielle chez un autre, placé en situation de dominé. C'est en se fondant sur cette perception de l'altérité qu'on lui applique un traitement différentiel et défavorable. Les professionnels ont donc été interrogés sur les représentations qu'ils ont des origines de leurs usagers et sur les traitements différentiels qu'ils réservent éventuellement à certains d'entre eux au nom de ces représentations.

La plupart des professionnels qui ont déclaré percevoir une différence chez certains de leurs usagers la qualifiaient de culturelle en se référant, par exemple, à une façon dite « particulière » de s'exprimer, de manifester les symptômes d'une maladie ou d'adhérer à une offre de soins. Les professionnels en déduisaient que ces usagers avaient des besoins spécifiques et leur proposaient, par conséquent, des soins différents, supposément adaptés à ces différences. L'exemple de l'orientation vers une consultation d'ethnopsychiatrie, culturellement différenciée et réalisée au sein d'une association, offre une illustration de traitements spécifiques pouvant conduire à des discriminations.

Selon une ethnopsychiatre intervenant dans cette association, la prise en charge est indiquée uniquement quand le suivi démarré dans une consultation de psychiatrie « ordinaire » a échoué. Elle est mise en œuvre ponctuellement, pour passer un cap, sans interruption de la prise en charge « ordinaire ». Interrogée sur les raisons de l'échec de cette dernière, l'ethnopsychiatre évoque les caractéristiques dites « culturelles » du patient. Selon elle, ces caractéristiques ne posent problème que parce qu'elles rencontrent des dysfonctionnements dans l'offre de soins, tels que le manque de temps des professionnels ou leurs préjugés racistes.

La plupart des professionnels interrogés en-dehors de cette association estiment que cette prise en charge ethnopsychiatrique est une excellente idée. Pour justifier son bien-fondé, ils insistent longuement sur la « culture diffé-

rente » des patients concernés, qu'ils jugent incompatible avec l'offre sanitaire « ordinaire ». Ils n'évoquent en revanche aucun des dysfonctionnements de cette dernière. Par la suite, ils considèrent que tout patient devrait être orienté vers la consultation d'ethnopsychiatrie dès lors qu'il est « d'origine africaine », français ou non, et sans orientation préalable dans les services courants.

Ces représentations témoignent d'une réification de l'origine culturelle, devenue critère d'orientation systématique vers un dispositif dérogatoire au droit commun. Au lieu d'être une option supplémentaire proposée pour s'adapter au mieux à chaque situation, la consultation d'ethnopsychiatrie réduit l'offre de soins puisque l'accès au droit commun n'est plus proposé. Elle peut en outre ne pas être adaptée aux besoins du patient, voire l'exposer à un risque de stigmatisation. Différentielle, défavorable et fondée sur une différence d'origine perçue, cette pratique constitue bien une discrimination au sens négatif du terme.

Les discriminations raciales sont plus difficiles à étudier que celles dont sont victimes des étrangers, car l'usage (écrit et oral) des catégories raciales est relativement censuré par la rhétorique républicaine de l'égalité. Ainsi, il faut en réalité entendre « noir » quand les professionnels cités précédemment mentionnent « d'origine africaine ». ⁵ De plus, les discours qui accompagnent ces discriminations « n'alertent » pas le sociologue comme le font les discours tenus à l'encontre des sans-papiers : la « différence » perçue n'est pas présentée comme foncièrement illégitime et le traitement différentiel peut être pensé, par son auteur, dans l'intérêt de l'usager.

Enfin, ces discriminations sont moins aisément objectivables que celles dont sont victimes des individus que la loi elle-même qualifie d'« autres » par leur nationalité étrangère et leur absence de titre de séjour. Pour ces dernières, la loi « offre » en effet au discriminateur un support avec ces catégories de droit différenciées sur lesquelles s'accrocheront les pratiques discriminatoires, par exemple, sur simple examen d'un dossier administratif. À l'inverse,

la reconnaissance de l'altérité raciale et les discriminations qui peuvent en découler se réalisent dans l'interaction sociale, indépendamment du cadre juridique. C'est donc par un examen soigneux au prisme des « bonnes pratiques professionnelles » que l'on peut les identifier et non simplement par le constat d'un écart entre le droit et son application.

« Eux » et « nous »

La distinction entre deux grands types de discrimination, selon qu'elles soient fondées sur des catégories juridiques ou raciales, ne doit pas pour autant occulter l'étroite articulation des processus identifiés.

Pour illustrer ce dernier point, on peut repartir de l'exemple des discriminations posées à l'encontre des étrangers sans-papiers, bénéficiaires potentiels de l'aide médicale. La stricte adéquation entre une catégorie du droit au séjour (l'irrégularité du séjour) et une catégorie du droit social (l'aide médicale) favorise le développement d'une logique de suspicion et de vérification. Les professionnels sont en effet tenus de vérifier la situation au regard du séjour de l'ensemble des étrangers afin de déterminer lesquels d'entre eux sont exclus de l'assurance maladie et relèvent de l'aide médicale. Peuvent alors s'accrocher à ces pratiques légalement prescrites d'autres pratiques, racialement différenciées. C'est le cas lorsque ce ne sont plus les étrangers mais les individus qui « ont l'air » étrangers qui sont soumis aux vérifications du titre de séjour ou aux commentaires péjoratifs qui les accompagnent à l'occasion. Enfin, la loi elle-même, en niant aux étrangers sans-papiers le caractère inaliénable de leurs droits fondamentaux, reconnaît implicitement cette différence radicale entre « eux » et « nous » qui fonde la discrimination raciale.

Notes

1. Carde, E. (2006). *Les discriminations selon l'origine dans l'accès aux soins. Études en France métropolitaine et en Guyane*, Doctorat de sociologie/Santé publique, Paris XI.
2. Déclaration universelle des Droits de l'Homme de l'ONU, Convention n° 118 de l'OIT, Charte sociale du Conseil de l'Europe, Constitution française.
3. En considérant que cet intérêt général requiert de limiter l'appel d'air migratoire censé être induit par une protection sociale trop généreuse.



Alfonso Benavés, 2007. Certains droits réservés (CC)

4. Pour ces exclus de toute couverture maladie (notamment des sans-papiers ne pouvant prouver qu'ils résident en France depuis plus de trois mois consécutifs), un fond spécifique permet, ponctuellement, la prise en charge des soins hospitaliers urgents et vitaux.
5. Et ce, même si les catégories raciales ont quelque peu émergé dans les discours officiels, à partir de la fin des années 1990, apparition qui a d'ailleurs rendu possible la diffusion de la discrimination en dehors du milieu juridique et son « invention » comme problème social (Fassin, 2002).

-
- Carde, E. (2009a). « Quinze ans de réforme de l'accès à une couverture maladie des sans-papiers : de l'Aide sociale aux politiques d'immigration », *Mouvements*, 59: 144-156.
- Carde, E. (2009b). « Les restrictions apportées au droit aux soins des étrangers sont-elles discriminatoires ? La loi et l'illégitime », *Santé Publique*, 3: 331-338.
- Carde, E. (2007). « Les discriminations selon l'origine dans l'accès aux soins », *Santé Publique*, 2: 99-110.
- Carde, E. (2006). « "On ne laisse mourir personne". Les discriminations dans l'accès aux soins », *Travailler*, 16: 57-80.
- Fassin, D. (2002). « L'invention française de la discrimination », *Revue française de science politique*, 52(4): 403-423.
- Guillaumin, C. (1972). *L'idéologie raciste. Genèse et langage actuel*, Paris, Éditions Mouton (réédition, 2002, Éditions Gallimard).
- Lochak, D. (1987). « Réflexions sur la notion de discrimination », *Droit Social*, 11: 778-790.

Le son de la forêt

DOSSIER

- Pourquoi tout le monde court dans cette ville ?
- Mais parce que c'est une ville de fous !
- Et puis, finalement, vous, quel intérêt avez-vous à vivre dans une ville de fous ?
- Moi, je suis le banquier !

Pierre-Luc Lupien

Étudiant à la maîtrise
Département de
sociologie
Université de Montréal

Agent de recherche
CREMIS

Cette reprise d'un numéro de l'humoriste Raymond Devos est un exemple des nombreuses performances qui ont été réalisées dans le cadre du camp de création du projet *Mains tendues* sur la santé mentale dans l'espace public.¹

« Les seules conditions de ce séjour sont de s'impliquer personnellement dans l'expérience. Il faut être ouvert et prêt à changer sa façon de voir les choses », lance Luc Gaudet, meneur de jeu et directeur de la troupe de théâtre *Mise au jeu*, lors d'une réunion préparatoire au camp de création. Les participants sont enthousiastes à l'idée de quitter la ville pour un séjour en campagne, toutes dépenses payées. Il y a cependant de l'appréhension. « Moi, je ne le sais pas, passer cinq jours avec quinze personnes que je ne connais pas... », partage nerveusement un des participants.

La route vers St-Paulin est l'occasion d'échanger. François² nous parle de sa famille « fuckée » avec une certaine dérision. « Mon père est 'schizophrène', ma mère est handicapée et je suis gai. » Il nous parle des difficultés qu'il a rencontrées avec son père et du système de santé mentale. Anecdote au passage, il nous explique que la schizophrénie de son père se traduit, entre autres, par l'intolérance

envers les blasphèmes : « Mon père peut passer une semaine sans nous parler parce qu'on a laissé échapper un mot d'Église ! » raconte-t-il. La conversation tombe sur la médication. À la critique émise sur la réduction du traitement par la pharmacothérapie, Mélissa explique en quoi les médicaments peuvent parfois être utiles et comment ils l'ont aidée à apaiser ses troubles anxieux. La route passe très rapidement.

Et puis... le silence. En sortant des véhicules, les participants constatent cette différence entre la ville et la forêt. « Est-ce vraiment le silence ou est-ce le son de la forêt ? » lance Dominique, issu de la communauté Innu. Ce dernier affiche un grand sourire. L'odeur des conifères lui rappelle sa petite enfance. Il communique avec fierté le fait d'avoir grandi à l'abri d'une tente avec ses parents. De la naissance jusqu'à l'âge de cinq ans, sa vie se résumait



Vivanna_love, 2009. Certains droits réservés ©

DOSSIER

aux effluves de la nature. Puis, ce fut brutalement celles de l'encens des églises. Comme la majorité des Autochtones dans les années 50, il fut arraché à sa famille pour être placé dans un pensionnat catholique.

Pour le reste des participants, le simple fait de se retrouver dans la nature semble avoir produit un effet similaire. L'air frais redonne de la vivacité aux visages des participants. Chacun exclame à sa façon sa joie d'être dans le « bois » et d'avoir du temps libre pour réfléchir. Avec cinq journées devant soi, tout semble possible. Dans une société où personne n'a le « temps de... »³ et où le rythme de vie connaît une « accélération mortifère », notre présence dans la nature ne peut mieux se traduire que par un sourire. Cette simple constatation a de quoi nous faire réfléchir sur la santé mentale en contexte urbain. Il s'agit peut-être de notre première pensée en lien avec le projet *Mains tendues* : la ville et son rythme de « fou ».

À l'heure du souper, Olivier nous raconte des bribes de sa réalité et nous partage sa grande fatigue. Le sommeil dans les refuges et missions est loin d'être réparateur ! « On dort avec un œil fermé et un œil ouvert », confie-t-il. Il y a constamment de l'action. À toutes les heures, il y a des agents de sécurité avec leurs lampes de poche qui surveillent le dortoir. Il me confirme qu'il y a beaucoup de « problèmes de santé mentale » dans le milieu de l'itinérance. « Le gars qui rentre en prison et qui est perdu, il

ne sait pas ce qu'il fait. Les screws pensent que c'est de la provocation. Ils le mettent au trou. Il devient encore plus confus. Ils le sortent du trou. Il est sur les dents. Il accroche un gardien, il l'attaque, encore le trou. Ou bien, ils lui donnent des médicaments forts qui le gèlent. Il sort de la prison sans savoir où

aller, avec la rage au cœur. En plus, il n'a plus les médicaments qu'on lui donnait en prison. Il saute un plomb, c'est assuré ! »

Karine poursuit avec une anecdote personnelle portant sur la santé mentale et la rue. Elle raconte sa tentative d'aider une femme diagnostiquée « schizophrène », qu'elle a rencontrée dans les ressources en itinérance : « Mon chum et moi, on l'a hébergée pendant six mois. Elle entendait des voix du diable. Elle paniquait. Un jour, pour la rassurer, je lui ai dit que je venais de parler avec le diable et qu'il m'avait dit qu'il ne reviendrait pas si elle se calmait. Mais, rendu à un certain point, on n'a pas eu le choix de la sortir. Elle se donnait des coups de poing dans la figure. On ne savait plus quoi faire. »

Le rejet

Depuis ce camp de création, au fil des rencontres hebdomadaires du groupe, nous avons réfléchi à ce qui cause la détresse psychologique. À contre-courant avec notre époque où la souffrance semble être devenue un sujet tabou, nous avons pris le taureau par les cornes et abordé ce thème. Malgré la diversité de nos parcours de vie, le groupe en est arrivé à un constat unanime : le rejet est à l'origine de la plupart des souffrances vécues. « Le rejet est la première cause de maladie mentale. Du moins, c'est ce qui la précipite. Il arrive souvent que les gens entrent en crise après une rupture amoureuse ou une perte d'emploi. Cela peut

« Malgré la diversité de nos parcours de vie, le groupe en est arrivé à un constat unanime : le rejet est à l'origine de la plupart des souffrances vécues. »

DOSSIER

aussi remonter à très loin, jusqu'à l'enfance. Par exemple, ne pas avoir été désiré comme enfant ou subir de l'intimidation à l'école. Plus tard, ça se répète dans d'autres relations », lance une amie d'un des participants, venant tout juste de sortir d'une période de crise.

Ces affirmations rejoignent celles de plusieurs chercheurs et cliniciens, dont Furtos (2007) qui parle de « pertes des objets sociaux ». ⁴ Les membres du groupe insistent aussi sur les facteurs sociaux comme la pauvreté, l'exclusion et la précarité d'emploi dans la genèse des problèmes de santé mentale. La « pathologie » apparaît comme le fruit de conditions sociales difficiles autant sur le plan économique que sur celui de la reconnaissance sociale. Les membres du groupe ont aussi longuement discuté du mépris qu'ils ont vécu de la part de personnes censées les aider. Rosy, militante en défense de droits en santé mentale, souligne qu'une « fois que tu as l'étiquette 'santé mentale', tout ce que tu fais devient un symptôme de 'santé mentale'. On oublie à quel point la pauvreté cause des problèmes de santé mentale, affecte les gens qui ont un diagnostic de 'santé mentale' et aggrave leur souffrance ». Elle s'insurge contre les effets de l'étiquette de « psychiatrisé » qui tend à minimiser l'impact des conditions de vie de la personne sur son bien-être. Au fil des conversations, l'in-

suffisance de l'aide sociale revient souvent en lien avec la santé mentale. Comment avoir une bonne santé mentale lorsqu'on vit constamment avec des soucis financiers importants, comme celui d'arriver à payer son loyer et de s'assurer une subsistance minimale ?

Le manque de reconnaissance et de respect est frappant dans le cas des personnes en situation d'itinérance qui sont souvent ignorées



Cosmonautruski, 2009. Certains droits réservés©

par les passants, faisant comme si elles n'étaient pas là. Comme l'écrit Furtos (2007), « La plus grande horreur, pour un humain, sa plateforme traumatique commune, c'est de ne pas être reconnu comme tel, c'est-à-dire respecté comme un humain par les humains de son groupe d'appartenance ; et cela quelle que soit la forme sociale du traumatisme manifeste. »⁵ Cette horreur peut même mener à se couper complètement de soi pour ne plus sentir la souffrance. Furtos parle de « déshabitation de soi » pour désigner la dissociation de la personne de son ressenti corporel afin de passer à travers une souffrance trop grande. Après une séance d'exercices d'expression corporelle et de danse, un participant a d'ailleurs lancé : « Mon corps, je ne le sens plus. J'ai trop mal. Je ne peux plus lever mon bras gauche. J'ai eu une vie difficile. C'est un miracle que je sois là, je suis un miracle parmi tant d'autres ».

Sur scène

Deux canots descendent côte-à-côte une rivière symbolisée par une bande rouge. D'un côté, les Autochtones pagaient lentement et dignement. De l'autre côté, les hommes blancs, européens, accélèrent le rythme de leurs rames. Ceux-ci quittent la scène et reviennent avec une attitude dominante pour prononcer la « loi sur les sauvages » devant les Autochtones. Puis, les hommes blancs se retirent dans l'audience. Un grand homme, Greg, d'origine mohawk, interprète la voix du grand-père de Dominique qui joue un petit garçon. « N'oublie pas tes ancêtres », lui dit-il. Puis, surgit le curé, incarnant les pensionnats catholiques. Il vante les mérites de cette institution vouée à civiliser les « sauvages ». Pendant ce temps, on entend parler Dominique qui murmure des mots en Innu. Contrarié, le curé se retourne, retire le manteau autochtone du petit qu'il jette sur le sol. « Ici, on parle en français. Viens avec moi, petit sauvage ». Il saisit le garçon et se retire en arrière-scène. On voit au même moment un écran où défilent les abus physiques et sexuels vécus par des Autochtones dans les pensionnats.

Il s'agit d'un extrait de la première représentation de l'équipe. Elle met en scène l'histoire

personnelle de Dominique, qui est aussi celle du traumatisme historique vécu par les peuples autochtones. Aujourd'hui, les membres des Premières Nations continuent d'éprouver de grandes souffrances liées aux abus subis dans les pensionnats, mais aussi à la perte de leur mode de vie et de leur identité. Devant cette scène, l'audience, composée majoritairement d'étudiants universitaires français et québécois concernés par les discriminations, reste sous le choc. « Le Canada n'est pas ce pays des droits de l'homme exempt de tout soupçon ! » lance une responsable d'association française. Aux réactions étonnées, Dominique n'a qu'une boutade comme réponse : « Welcome to my territory ! » Il poursuit néanmoins en incitant les membres de l'audience à interpeller les autorités canadiennes à propos de la situation des Autochtones autant sur le plan des droits que des conditions matérielles de vie.

Après cette première représentation devant public, nous en préparons une seconde, cette fois, devant les étudiants en techniques policières et en techniques de travail social du Collège Maisonneuve. Tout le monde a son grief envers les policiers, les personnes sans domicile encore plus. Dominique invoque son expérience et le dernier rapport de la Commission des droits de la personne sur le profilage social à l'endroit des personnes « itinérantes » par les policiers de Montréal. Julien raconte comment, malgré le développement d'une bonne relation avec certains patrouilleurs, ceux-ci n'en suivent pas moins les ordres de leurs supérieurs : « Tu as beau te mettre chum avec eux autres, quand c'est le temps de 'nettoyer' le centre-ville pour les festivals, ils arrêtent tout le monde, tu ne peux même pas discuter. » Beaucoup ont été témoins d'interventions particulières.

« Aujourd'hui, les membres des Premières Nations continuent d'éprouver de grandes souffrances liées aux abus subis dans les pensionnats, mais aussi à la perte de leur mode de vie et de leur identité. »

DOSSIER

« Comment parler de la souffrance sans tomber dans le misérabilisme, culpabiliser l'audience, la provoquer démesurément et, surtout, sans éluder le sérieux du problème ? »

rement douteuses à l'endroit des personnes manifestant des signes de troubles mentaux (qui se parlent, se balancent seules sur un banc ou fixent les passants dans les yeux, par exemple) et appelées « coucous » dans la rue. « Je me souviens d'un gars assis sur un banc de parc. Il semblait assez perdu. Sans lui dire un mot, les deux policiers l'ont soulevé par en-dessous des bras et l'ont déplacé à un autre endroit », poursuit Julien.

Malgré la richesse des témoignages, nous avons de la difficulté à trouver une manière appropriée de présenter nos points sans occulter la réalité et sans choquer notre audience d'« apprentis policiers ». À la dernière minute, nous convenons d'un scénario. Le jour de la représentation arrive ; 12 h 32, c'est le moment de se mettre en scène. Il n'y a presque personne dans la grande salle du Collège Maisonneuve. On compte trois étudiants en techniques policières et des professeurs. Nous nous informons auprès de ceux-ci. Ils nous expliquent que notre activité était facultative et qu'une majorité a préféré participer à une autre activité se déroulant en même temps et portant sur les Vikings ! Nous sommes à la fois déçus et soulagés. La représentation terminée, les trois étudiants en techniques policières se prêtent au jeu et acceptent de remplacer les policiers dans nos deux scènes. « Moi, je n'aurais pas repoussé l'ami de la personne en crise. Je l'aurais laissé intervenir », affirme une étudiante. À la suite de la représentation, une autre a maintenu le contact avec nous via courriel. « J'espère qu'ils ne changeront pas au cours de leur formation ou au moment de leur entrée en fonction », commente un membre du groupe.

Indignation et dialogue

Le processus commencé au camp de création à Saint-Paulin est toujours en cours. Nous avons partagé beaucoup de témoignages, constituant un matériel riche et diversifié à partir duquel nous avons élaboré nos scénarios de théâtre d'intervention. Il n'est pas facile de réaliser une telle entreprise de dévoilement de la souffrance. Nos deux premières représentations nous ont permis de jauger l'impact de nos

interventions. Nous constatons que nous avons le pouvoir de susciter l'indignation et d'établir le dialogue, deux capacités que l'on retrouve rarement ensemble.

Malgré ces expériences, des questions reviennent sans cesse aux membres du projet *Mains tendues* : Comment rejoindre les acteurs du centre-ville avec un sujet aussi lourd ? Qui rejoindre en premier ? Comment parler de la souffrance sans tomber dans le misérabilisme, culpabiliser l'audience, la provoquer démesurément et, surtout, sans éluder le sérieux du problème ? Comment trouver le ton juste et les moyens pour ouvrir un espace de discussion citoyenne sur la détresse psychologique dans l'espace public ?

Notes

1. Ce projet a été initié en 2007 par la troupe de théâtre d'intervention *Mise au jeu* et Sonia Hamel. Les objectifs sont de mobiliser des acteurs-dés de l'espace urbain du centre-ville de Montréal afin de faciliter la cohabitation et la médiation entre les différents groupes qui le fréquentent. Le projet a aussi pour mission de donner la parole aux personnes en situation d'itinérance aux prises avec des problèmes de santé mentale et d'explorer des façons originales de répondre à la détresse psychologique des personnes dans le centre-ville.
2. Les prénoms utilisés dans ce texte pour désigner les participants au projet sont fictifs.
3. À ce sujet, voir Aubert, N. (2006). « Hyperperformance et combustion de soi », *Études*, 405(4) : 350.
4. Voir Furtos, J. (2007). *Les effets diniques de la souffrance psychique d'origine sociale*, Mental'idées, Dossier Souffrance et Société, Ligue Bruxelloise francophone pour la santé mentale.
5. Furtos (2007) : 28.

Intervenir par les arts

PRATIQUES

Parler de l'expérience de vie des jeunes de la rue, c'est se référer à leur débrouillardise. À la rue, les conditions de vie sont dures et pour pouvoir survivre (manger, dormir, gagner de

l'argent), les jeunes développent leur esprit créatif. L'art peut accentuer cette dialectique entre conditions de vie et capacité créative en stimulant l'imagination et en étant un moyen important d'acquisition de nouvelles connaissances. À travers l'expression artistique, qui leur permet



Thrig, 2008. Certains droits réservés ©

de prendre une distance critique par rapport à leur histoire de vie, les jeunes de la rue découvrent des stratégies d'intégration sociale et des manières de poser des gestes citoyens. L'art revêt un véritable pouvoir pour aider les jeunes en rupture à surmonter les difficultés et, le cas échéant, à sortir de la rue. Au cours de mon expérience d'intervenant auprès des jeunes, j'ai mis à profit ma formation en photographie et expérimenté des approches artistiques (par la musique, les arts du cirque et le documentaire) pour rejoindre les jeunes et les aider à reprendre du pouvoir sur ce qu'ils vivent. À chaque fois, j'ai été surpris par les résultats qui en ressortaient.

Exposer la rue

Alors que j'étais intervenant dans l'Équipe jeunesse du CLSC Plateau Mont-Royal, nous avons lancé en 2000 un projet d'intervention expérimental qui utilisait la photographie comme médium pour documenter le quotidien des jeunes de la rue. Nous avons donné des appareils photo jetables à des jeunes afin qu'ils témoignent de ce qu'ils vivaient durant deux semaines, ainsi qu'à des travailleurs de rue et des citoyens (commerçants, résidents du quartier) qui les côtoyaient. L'idée était de présenter une exposition contenant au moins une photographie prise par chacun des participants. Les

Jean Fiorito

Agent de relations
humaines
Clinique des jeunes
de la rue
CAU-CSSS Jeanne-
Mance

Propos recueillis par
Baptiste Godrie
Revue du CREMIS

PRATIQUES

jeunes se sont progressivement impliqués dans la sélection des photos et l'organisation de l'événement qui est devenu de plus en plus ambitieux. Nous avons finalement choisi d'exposer sur la place Gérald-Godin devant le métro Mont-Royal. À l'aube, nous avons installé des silhouettes en bois représentant des passants sur lesquelles nous avons collé les photos afin de surprendre les gens qui allaient travailler. Le soir, à leur retour, il y avait des centaines de curieux sur la place discutant avec les jeunes de la rue qui présentaient leurs œuvres et expliquaient leur projet. C'était la première fois que cet espace public était occupé par des jeunes de la rue sans que la police ne vienne les chasser ! Puis, nous avons été rejoints, entre autres, par les jeunes du *Cirque du monde* et l'exposition s'est poursuivie dans la soirée à l'occasion de l'événement festif *Nuit blanche sur tableau noir*.

Après cette démarche créative, je me suis interrogé quant à la possibilité de maintenir plus durablement l'implication des jeunes de la rue dans un projet culturel. J'ai alors lancé l'idée de *La Grande rencontre* qui consistait à permettre à des jeunes de la rue de Montréal de partir en France rencontrer des jeunes de banlieue. C'était un projet lancé spontanément, sans plus de réflexion que cela. Nous en avons discuté au *Ketch Café* avec des jeunes. Ensemble, nous avons établi le thème du projet, soit le rapport qu'ils entretiennent avec la marginalité et la société en général. Nous avons organisé cinq événements artistiques au cours des années 2005-2006 et ponctué cette initiative par un voyage en France au cours duquel les jeunes ont tourné un documentaire intitulé « Vue de la zone », qui témoigne des conditions de vie des jeunes français vivant dans des habitations à loyer modique. Ce film a été projeté au *Divan Orange* et a reçu un prix d'excellence de l'*Office franco-québécois pour la Jeunesse*.



Vincepal, 2008. Certains droits réservés ©

Ensuite, avec un ami artiste de Trois-Rivières, j'ai contribué à mettre en place un projet d'intervention et de ré-affiliation sociale et économique des jeunes de la rue par la fabrication de vitraux. *Vitr'Art* propose à des jeunes en difficulté d'intégrer une formation professionnelle de fabrication de vitraux de haute qualité. Ils travaillent avec un artiste reconnu (Jean Beaulieu) à la réalisation de vitraux de A à Z, de leur création jusqu'à leur livraison. Trois cohortes (soit 17 jeunes au total) sont passées par ce programme depuis sa mise en place. À ce jour, c'est une réussite. La plupart d'entre eux sont en emploi ou sont retournés à l'école et une seule personne a décroché du programme.

Cela a même conduit la première cohorte à réaliser un voyage de perfectionnement en France. Cette formation, par son côté artistique et professionnel valorisant, permet aux jeunes qui l'ont suivie de regagner du pouvoir sur eux-mêmes, de mettre de côté leurs expériences négatives et de poser des gestes citoyens tels que reprendre un logement ou encore, développer leur esprit critique. En organisant des rencontres entre les jeunes de la rue et des visiteurs à une exposition - ou des acheteurs dans le cas de Vit'Art - le regard sur ces jeunes qui sont stigmatisés et judiciarisés dans l'espace public se transforme.

Créations

Cette approche par l'art est liée à mes centres d'intérêt et à ma formation initiale en photographie autant qu'elle résulte de tâtonnements et de réflexions au contact des jeunes au cours de mon expérience d'intervention. J'ai commencé à travailler au *Bureau de consultation jeunesse* à la fin des années 70 où j'ai expérimenté différentes pratiques de proximité pour rejoindre les jeunes dans les milieux. Cette expérience m'a valu d'être embauché en 1990 au CLSC du Plateau Mont-Royal pour développer l'Équipe jeunesse.

Jusqu'alors, les services étaient adressés aux jeunes sous un angle médical et offerts par une équipe composée d'un travailleur social, d'une infirmière et d'un médecin. J'avais le mandat de développer le volet d'intervention sociale avec des jeunes de 14 à 30 ans qui connaissaient des problèmes scolaires, des relations conflictuelles avec leurs parents ou qui vivaient une situation de pauvreté, en les rejoignant où ils se trouvaient (écoles, maisons de jeunes, rue). Ces jeunes ne fréquentaient pas les services du CLSC et je faisais le lien entre le milieu institutionnel et les milieux de vie.

Au début de mon expérience, j'employais mon quotidien à me faire connaître comme intervenant jeunesse. Il m'a fallu plusieurs mois pour établir un lien de confiance avec eux et ne plus manger seul lorsque j'allais manger à la cafétéria ! Dès que j'ai fait partie des meubles, les demandes se sont mises à pleuvoir et j'ai béné-

ficié de beaucoup de liberté pour mettre en place l'intervention auprès des jeunes. Nous avons tissé des liens étroits avec l'école secondaire Jeanne-Mance où nous avons mis en place un point de services du CLSC afin de répondre aux demandes individuelles (en matière de sexualité par exemple) et développer des interventions collectives (formation dans les classes). Cette position était stratégique puisque je pouvais intervenir auprès des professeurs, des parents et des élèves. Comme il est important pour moi de donner confiance aux jeunes et de mettre leurs talents à contribution, j'ai développé avec eux un café étudiant et utilisé l'immense hall d'entrée de l'école que nous investissions comme un espace public. Pendant des années, ce hall nous a servi pour organiser des activités artistiques : radio étudiante, lançements d'événements en tout genres, représentations de clowns et d'amuseurs publics, expositions et concerts de musique. J'animais également un atelier de photo.

L'établissement de ces partenariats m'a conduit à une seconde étape dans mon mandat : la mise en lien et l'action concertée des

« Cette formation, par son côté artistique et professionnel valorisant, permet aux jeunes qui l'ont suivie de regagner du pouvoir sur eux-mêmes »

PRATIQUES

« L'arrivée de ces jeunes relançait avec force le questionnement sur les façons de rejoindre des publics qui ne fréquentent pas les CLSC. »

différents acteurs sur le Plateau. Je pense aux maisons de jeunes, au centre sportif ainsi qu'aux organismes communautaires jeunesse qui avaient pour mission d'améliorer le bien-être et les conditions de vie des jeunes. Leurs besoins s'accroissaient à l'école et l'Équipe Jeunesse n'arrivait pas à y répondre seule. Nous avons senti le besoin de développer durablement le travail de proximité en milieu scolaire. Avec le Centre le Beau voyage, nous avons créé l'organisme *Plein milieu* en 1993, dont le mandat initial était de prendre en charge le travail de milieu à l'école Jeanne-Mance et d'animer le café étudiant. Avec plusieurs acteurs, nous avons ressenti le besoin de collectiviser les questionnements et les réponses à mettre en œuvre. Un colloque sur les jeunes présentait le risque de limiter la participation et le questionnement aux « spécialistes ». Nous avons opté pour la formule plus souple du forum afin d'interpeller les acteurs-clés auprès des jeunes : les parents, intervenants, professeurs ainsi que les jeunes eux-mêmes.

Ce premier forum a débouché sur des propositions concrètes dont la plus importante a été de mandater *Plein Milieu* afin d'organiser le travail de rue du Plateau Mont-Royal et ainsi répondre à la cohabitation de plus en plus difficile des résidents avec les jeunes de la rue. Cette rencontre publique a favorisé une collaboration inter-organismes qui est encore dynamique. Pendant une année, nous avons expérimenté un projet d'intervention d'urgence qui consistait à donner aux jeunes et aux parents un numéro gratuit d'urgence pour éviter de recourir d'emblée à la Direction de la Protection de la Jeunesse. Ce projet n'a pas eu de suite mais il témoigne de l'effervescence autour de la question des jeunes et de notre volonté de mettre en place de nouvelles pratiques. Au total, cinq forums se sont tenus entre 1993 et 1997.

Entre l'underground et le CLSC

Durant les années 1990, la population des jeunes du Plateau a changé de visage suite à l'arrivée de jeunes de la rue. Aux difficultés connues des intervenants (décrochage sco-

laire, conflits avec les parents) s'ajoutaient de nouveaux problèmes, notamment la toxicomanie et la santé mentale. L'arrivée de ces jeunes relançait avec force le questionnement sur les façons de rejoindre des publics qui ne fréquentent pas les CLSC. La création du *Ketch café*, espace intermédiaire à mi-chemin entre l'*underground* et le CLSC, correspond à cette recherche de nouvelles manières d'intervenir. L'idée à l'origine de cet espace était que les travailleurs de rue puissent faire le lien entre la rue et le café, et que les intervenants du réseau établissent le lien entre le café et le CLSC. Le personnel du café est constitué d'intervenants. Cette ressource dispose d'un espace médical, initié par des médecins aguerris qui croyaient au projet et avaient des préoccupations sociales. Beaucoup de jeunes suivis par la suite en CLSC ont développé un lien de confiance lors des rencontres avec les intervenants du café.

En 2005, à la suite des fusions dans le réseau de la santé, j'ai déménagé avec une partie de l'Équipe jeunesse du CLSC du Plateau sur le site Sanguinet pour participer à la formation de l'Équipe des jeunes de la rue. Cette dernière a le mandat régional d'offrir des services de santé et des services sociaux avec ou sans rendez-vous aux jeunes en rupture de 14 à 25 ans. Elle est composée de trois infirmières, d'une psychologue, de deux médecins, de deux dentistes (qui travaillent avec des étudiants en stage de l'Université de Montréal), d'une préposée à l'accueil des jeunes, d'un pair-aidant et d'un agent de relations humaines, poste que j'occupe. Je bénéficie de la même souplesse dans l'organisation de mes activités que sur le Plateau, ce qui me permet d'adapter les services aux jeunes de la rue.

En comparaison, la situation est différente du temps où j'intervenais dans les écoles secondaires du Plateau, où les parents étaient plus présents et mobilisés. Les jeunes qui viennent ici refusent souvent de faire intervenir leur famille. Ils sont en rupture avec leurs parents. Récemment, un jeune homme de l'Alberta est venu me rencontrer à plusieurs reprises pour renouveler sa carte d'assurance maladie, pour laquelle un acte de naissance est nécessaire. Il

refusait d'appeler sa mère afin d'obtenir les renseignements indispensables à cette démarche. À la troisième visite, il est venu avec son numéro et il est resté une heure au téléphone avec elle. La famille n'est jamais totalement absente. Elle est dans le décor mais souvent en conflit avec ces jeunes depuis l'adolescence. Je vois des situations où, suite à un conflit, les parents et leurs enfants laissent les relations se détériorer. Les parents sont souvent aussi démunis que les jeunes pour faire face à ces situations de conflits non réglés.

Je continue de répondre de front à des demandes individuelles tout en portant une attention à la dimension collective de l'intervention. Ces expériences d'intervention ont nourri une réflexion qui a conduit à la création d'un organisme dont le mandat est de soutenir les initiatives et projets artistiques des jeunes de la rue. Avec l'appui de *Plein milieu* et *En Marge 12-17*, je travaille actuellement à la mise sur pied de cet organisme qui s'appelle *La marge s'expose* et dont le Conseil d'administration est nouvellement constitué.

PRATIQUES

Les midis du CREMIS

**Arts martiaux et travail social
en milieu scolaire**

Conférence par Jacques Hébert
École de travail social, UQÀM

Mercredi le 8 septembre 2010
12h00 à 13h30
CREMIS, CLSC des Faubourgs
1250, rue Sanguinet, salle 451
www.cremis.ca

Gokorob. Certains droits réservés

Bien dans mes baskets

DÉMARRAGES

Suzanne Laberge

Professeure
Département de
kinésiologie
Université de Montréal

Chercheure associée au
CREMIS

Martin Dusseault

Intervenant
psychosocial
CAU CSSS Jeanne-
Mance

Praticien-chercheur
associé au CREMIS

Stéphanie Simard

Étudiante au doctorat

Marc Langlois

Étudiant à la maîtrise

Laurence Lapointe

Étudiante à la maîtrise

Département de
kinésiologie
Université de Montréal

Comment entrer en contact avec des jeunes présentant des difficultés importantes à l'école et ailleurs ? C'est par le basketball que Martin Dusseault, intervenant social scolaire au Centre de santé et de services sociaux (CSSS) Jeanne-Mance, a rejoint depuis 2001 des jeunes de l'école secondaire Jeanne-Mance. Partageant la passion du basketball avec eux, il a créé un modèle d'intervention sociale qui vise à prévenir le décrochage scolaire et la délinquance ainsi qu'à favoriser le développement psychosocial des jeunes du quartier et donc, à prévenir l'exclusion sociale.

Soixante-quinze athlètes-élèves se répartissent actuellement dans six équipes. Les diverses activités du programme peuvent être regroupées en trois grandes catégories : les activités d'interventions psychosociales auprès de l'athlète-élève, de sa famille ou d'une personne en relation avec lui ; des activités préventives ou curatives de groupe ; ainsi que des activités ou actions auprès de la communauté où se déploie le projet. Depuis sa création,

le projet *Bien dans mes baskets* a connu un développement considérable, tant sur le plan des activités d'intervention psychosociale que du nombre de participants. Sa popularité et ses impacts sur les jeunes ont mené au démarrage d'une recherche évaluative participative réalisée conjointement par Suzanne Laberge, professeure à l'Université de Montréal, et Martin Dusseault.

Dans la littérature

Une recension des écrits a permis de faire le point sur les liens entre pratique sportive et persévérance scolaire ainsi que l'utilisation du sport pour développer les habiletés personnelles et sociales des jeunes. Quatre grands constats ont été tirés.

Peu d'études à ce jour ont examiné le lien entre pratique sportive et persévérance scolaire. Le plus souvent, l'attention est portée sur la performance scolaire, elle-même



Stevendepolo, 2009. Certains droits réservés (cc)

reliée à la persistance scolaire. La majorité des recherches dans ce champ sont transversales et les conclusions qui en émergent sont mitigées. Certaines rapportent une relation favorable entre sport et performance scolaire, les sportifs réussissant mieux que les non-sportifs (Fejgin, 1994; Jordan, 1999; Field *et al.*, 2001; Videon, 2002) et d'autres, une relation défavorable, la pratique sportive étant associée à une faible performance scolaire (Eitle et Eitle, 2002; Darling *et al.*, 2005; Guest et Schneider, 2003; Leppel, 2006; Miller *et al.*, 2005; Yin et More, 2004). Des variations ont toutefois été observées selon le type de sport (collectif ou individuel), l'origine ethnique, le sexe ou le niveau socioéconomique. Les sports individuels semblent plus favorables à la performance académique et l'impact de la pratique sportive serait davantage positif chez les athlètes féminines et les athlètes « blancs » et de milieux socio-économiques aisés (Eitle et Eitle, 2002; Leppel, 2006; Miller *et al.*, 2005).

Une récente recension des écrits (Bailey *et al.*, 2009) sur les bienfaits de la pratique sportive en contexte scolaire conclut que le sport peut avoir des impacts positifs sur les jeunes sur les plans physique, social, affectif et cognitif. Nous n'avons repéré aucune étude dans ce champ portant spécifiquement sur l'impact de la pratique sportive sur des adolescents éprouvant des problèmes psychosociaux. Les études effectuées à ce jour présentent aussi diverses lacunes méthodologiques (Hyatt, 2003), notamment parce que peu d'entre elles prennent en compte les variables sociodémographiques – pourtant reconnues comme fortement associées à la performance scolaire – ainsi que les variables propres au contexte scolaire (par exemple, la relation enseignant-élèves ou le climat de l'école).

En ce qui a trait au sentiment d'appartenance à l'école, quelques études ont démontré que, combiné au support social et associé à la prati-

que sportive, ce sentiment pouvait contribuer à la persistance scolaire (MacPhail *et al.*, 2004; Walseth, 2006) parfois de manière significative (Faircloth *et al.*, 2005; Hoffman *et al.*, 2002; Ma, 2003), notamment en améliorant les habiletés et relations interpersonnelles et en augmentant l'entraide entre étudiants. Ces trois dernières études suggèrent que la participation à des activités parascolaires développe le sentiment d'appartenance à un groupe, lequel contribue éventuellement à la persistance scolaire. Newman *et al.* (2007) ont montré pour leur part que les élèves ayant un sentiment d'appartenance à un groupe ont moins de problèmes comportementaux.

Des études ont également mis en exergue le lien entre sport et habiletés de vie (Danish *et al.*, 1993). Dans une étude de type ethnographique auprès d'une équipe de soccer, Holt *et al.* (2008) ont démontré qu'au travers de la pratique du sport, les athlètes avaient appris à se fixer des buts, à gérer leur temps, à prendre des responsabilités, à respecter les autres et à travailler en équipe, tout en développant leur leadership. Selon Jones et Lavallée (2009), deux grands types d'habileté peuvent découler de la pratique sportive : des habiletés personnelles telles que le sens de l'organisation, la discipline, la confiance en soi, et des habiletés interpersonnelles comme le leadership, le respect des autres, les habiletés de communication et les relations harmonieuses avec la famille et l'environnement social. Une étude de Papacharisis (Papacharisis *et al.*, 2005) a illustré par des tests psychologiques passés en pré et en post intervention à un groupe témoin et un groupe de sportifs que ces derniers peuvent améliorer de façon significative leur capacité à se fixer des buts, à résoudre des problèmes et à penser de façon positive.

Le défi lié à l'apprentissage des habiletés de vie en contexte sportif demeure son transfert aux autres domaines de la vie. Il ressort des travaux une liste imposante de barrières et de conditions favorables telles que les types d'intervention, les occasions de réflexion sur la démarche et les expériences, l'implication des anciens pour qui l'activité a généré des succès, le suivi à l'extérieur du domaine sportif, les

DÉMARRAGES

« Dans quelle mesure le programme contribue-t-il à la valorisation des jeunes au sein de l'école, à leur sentiment d'appartenance à l'école, à leur persistance scolaire et à leur implication dans le développement de la communauté [...] ? »

caractéristiques du jeune (par exemple, sa croyance dans le fait que ces habiletés peuvent être valables dans d'autres domaines, sa compréhension de la démarche de transfert des apprentissages ou sa volonté d'explorer d'autres rôles que celui de sportif) ou encore, les stratégies des intervenants. Toutefois, nous n'avons pas trouvé d'études portant sur des jeunes qui vivent dans un contexte difficile et qui manifestent des problèmes psychosociaux.

Évaluation formative et sommative

Le programme *Bien dans mes baskets* s'est développé en réponse aux besoins de la communauté et en accord avec l'attrait des jeunes pour le basketball. Il vise à développer chez les athlètes-élèves des habiletés de vie, personnelles et interpersonnelles, transposables dans leur vie scolaire, familiale et communautaire et devrait contribuer à prévenir le décrochage scolaire et la délinquance des jeunes.

Le projet de recherche¹ comporte une évaluation formative et sommative et allie méthodologies qualitative et quantitative. La recherche cible particulièrement les jeunes et les instructeurs-intervenants tandis que la famille et la communauté sont étudiées à travers la perception qu'en ont les jeunes et les intervenants.

L'évaluation formative compte trois volets et permettra de documenter les freins et les facteurs qui facilitent la mise en œuvre du programme *Bien dans mes baskets*. Des entretiens semi-dirigés auprès d'intervenants et de jeunes permettront d'explorer les expertises des instructeurs-intervenants et leur rôle dans le développement des jeunes. Seront discutés les points forts et les points faibles des interventions, les améliorations souhaitées ainsi que les interventions qui sont davantage significatives auprès des jeunes. Les facteurs qui facilitent le transfert des apprentissages faits par les jeunes en contexte sportif, à leur vie au sein de l'école, de leur famille et de la communauté seront également abordés.

Le dernier volet de l'évaluation formative est constitué d'éléments pertinents tirés des tests repérés lors de la recension des écrits et qui seront soumis en questionnaires à trois sous-échantillons d'élèves de l'école, soit un groupe d'étudiants référé pour une intervention psychosociale, un groupe d'étudiants qui participent à une autre activité parascolaire que le basketball au sein de l'école et la totalité des athlètes-étudiants de *Bien dans mes baskets*. La comparaison des résultats permettra de mettre en évidence l'impact potentiel du programme *Bien dans mes baskets* par rapport à un programme sportif sans intervention psychosociale et une intervention psychosociale sans programme sportif.

En ce qui a trait à l'évaluation sommative, elle comporte deux volets et permettra notamment de répondre aux questions suivantes. Dans quelle mesure le programme contribue-t-il au développement des habiletés de vie des jeunes, et ce, tant au plan personnel qu'au plan interpersonnel ? Dans quelle mesure le programme contribue-t-il à la valorisation des jeunes au sein de l'école, à leur sentiment d'appartenance à l'école, à leur persistance scolaire et à leur implication dans le développement de la communauté ainsi qu'à la cohésion jeunes-familles-communauté ? Quelles sont les caractéristiques et ressources requises pour l'implantation fructueuse d'un programme analogue dans un autre milieu scolaire ?

Le premier volet, de nature qualitative, permettra d'explorer l'impact du programme *Bien dans mes baskets* grâce à des entretiens semi-dirigés auprès de jeunes ayant participé au programme et qui ont terminé leurs études

secondaires. Le deuxième volet, une évaluation quantitative, sera réalisé en avril 2011 et 2012 afin de fournir une perspective longitudinale ainsi que de vérifier et valider les résultats obtenus en 2010, notamment sur les habiletés de vie. De plus, afin d'évaluer l'impact du programme *Bien dans mes baskets* sur le plan de la persévérance scolaire, nous comparerons le taux de persévérance scolaire des athlètes-étudiants au taux de persévérance des étudiants de l'ensemble de l'école sur trois ans.

L'échéancier prévoit pour l'instant la rédaction du rapport final, la rédaction d'articles pour publication dans des périodiques scientifiques ainsi que des activités de transfert de connaissance pour août 2013.

Note

1. Ce programme ainsi que cette recherche reçoivent l'appui financier de la Fondation Lucie et André Chagnon.

Bailey, R., Armour, K., Kirk, D., Jess, M., Pickup, I. et R. Sandford (2009). « The educational benefits claimed for physical education and school sport: an academic review », *Research Papers in Education*, 24(1) : 1-27.

Danish, S., Petitpas, J., Albert J. et B. D. Hall (1993). « Life development intervention for athletes' life skills through sports », *The Counseling Psychologist*, 21(3) : 352-385.

Darling, N., Caldwell, L. L. et R. Smith (2005). « Participation in school-based extracurricular activities and adolescent adjustment », *Journal of Leisure Research*, 37(1) : 51-76.

Eitle, T. M. et D. J. Eitle (2002). « Race, cultural capital, and the educational effects of participation in sports », *Sociology of Education*, 75(2) : 123-146.

Faircloth, B. S. et J. V. Hamm (2005). « Sense of belonging among High school students representing four ethnic groups », *Journal of Youth and Adolescence*, 34(4) : 293-309.

Fejgin, N. (1994). « Participation in High School mission or contribution to academic goals ? », *Sociology of Sport Journal*, 11 : 211-230.

Field, T., Diego, M. et C. E. Sanders (2001). « Exercise is positively related to adolescents' relationships and academics », *Adolescence*, 36(141) : 105-110.

Guest, A. et B. Schneider (2003). « Adolescents' extra-curricular participation in context: The mediating effects of schools, communities, and identity », *Sociology of Education*, 76(2) : 89-109.

Hoffman, M., Richmond, J., Morrow, J. et K. Salomone (2002). « Investigating "sense of belonging" in first-year college students », *Journal of College Student Retention*, 4(3) : 227-256.

Holt, N. L., Mandigo, J. L. et K. R. Fox (2008). « Do youth learn life skills through their involvement in high school sport ? A case study », *Canadian Journal of Education*, 31(2) : 281-304.

Hyatt, R. (2003). « Barriers to persistence among

African American intercollegiate athletes: A literature review of non-cognitive variables », *College Student Journal*, 37 : 260-275.

Jones, M. I. et D. Lavallée (2009). « Exploring the life skills needs of British adolescent athletes », *Psychology of Sport and Exercise*, 10 : 159-167.

Jordan, W. J. (1999). « Black high school students' participation in school-sponsored sports activities: Effects on school engagement and achievement », *Journal of Negro Education*, 68(1) : 54-71.

Leppel K. (2005-2006). « The impact of sport and non-sport activities on college persistence of Freshmen », *Journal of College Student Retention*, 7(3-4) : 165-188.

Ma, X. (2003). « Sense of belonging to school: Can schools make a difference ? », *The Journal of Educational Research*, 96(6) : 340-349.

MacPhail, A., Kirk, D. et G. Kinchin (2004). « Sport education: Promoting team affiliation through physical education », *Journal of Teaching Education*, 23 : 106-122.

Miller, K. E., Melnick, M. J., Barnes, G. M., Farrell, M. P. et D. Sabo (2005). « Untangling the links among athletic involvement: Gender, race, and adolescent academic outcomes », *Sociology of Sport Journal*, 22 : 178-193.

Newman, B. M., Lohman, B. J. et P. R. Newman (2007). « Peer group membership and a sense of belonging their relationship to adolescent behavior problems », *Adolescence*, 42(166) : 241-263.

Papacharisis, V., Goudas, M., Danish, S. J. et Y. Theodorakis (2005). « The effectiveness of teaching a life skills program in a sport context », *Journal of Applied Sport Psychology*, 17(3) : 247-254.

Videon, T. M. (2002). « Who plays and who benefits: Gender, interscholastic athletics, and academic outcomes », *Sociological Perspectives*, 45(4) : 415-444.

Walseth, K. (2006). « Sport and belonging », *International Review for the Sociology of Sport*, 41(3) : 447-464.

Yin, Z. N et J. B. Moore (2004). « Re-examining the role of interscholastic sport participation in education », *Psychological Reports*, 94(3) : 1447-1454.



WomEOS, 2009. Certains droits réservés ©

RETOURS

 Paul Morin

Professeur
Département de service
social
Université de Sherbrooke

Directeur scientifique
CAU-CSSS Sherbrooke

Henri Dorvil

Professeur
École de travail social
UQÀM

Chercheur associé au
CREMIS

Marie Crevier

Étudiante à la maîtrise
École de travail social
UQÀM

Le secteur de la santé et des services sociaux au Québec est témoin depuis plus de trente ans d'un passage graduel d'un mode de prise en charge traditionnel en établissement au soutien dans le milieu de vie et ce, pour tous les âges de la vie. L'intervention dans le milieu de vie est devenue la norme dans le programme famille/enfance/jeunesse (Parent, 2004) ainsi que pour les personnes présentant une incapacité temporaire ou permanente. La prise en charge institutionnelle est considérée comme le dernier recours (MSSS, 2003; 2004; 2005). La désinstitutionalisation, le virage milieu et, plus récemment, le virage ambulatoire ont été des moments charnières de cette évolution.

La dispensation de services à domicile est une modalité d'intervention en constante expansion. Pourtant, il ne peut s'agir que d'un simple déplacement de soins ou de pratiques. Espace de résistance fragile et réservé (Paquet, 2003), le chez-soi incite à la prudence car « pénétrer l'espace domestique d'une personne qui a ses habitudes et ses manières de vivre ne se fait pas au hasard et sans précaution » (Gagnon et Saillant, 2000 : 85).

Cet article s'appuie sur les résultats d'une étude qualitative visant à identifier, en regard de la signification du chez-soi, les aspects facilitant ou limitant l'intervention psychosociale lorsque celle-ci se déroule au domicile. Quarante entrevues semi-dirigées ont été réalisées,



Albantzar, 2010. Certains droits réservés ©

parmi lesquelles dix-huit ont été conduites auprès d'usagers recevant des services psychosociaux à domicile et vingt-deux auprès d'intervenants travaillant avec ces derniers à Montréal et Sherbrooke. Notre échantillon comporte une diversité représentant les programmes d'intervention à domicile que l'on retrouve dans les Centres de santé et de services sociaux du Québec. Au terme de la collecte de données et de la codification des entrevues de recherche, nous avons procédé à la réalisation de deux groupes de discussion avec les intervenants sociaux, en région et en milieu urbain.

L'intrusion

Le sens donné au chez-soi par l'individu a fait l'objet de plusieurs travaux, notamment par Sommerville (1997), Desprès (1991) et Gurney (1990). Le chez-soi constituerait un lieu où la vie personnelle est située et socialement construite. Dans les écrits scientifiques sur la signification du chez-soi, la sécurité ontologique apparaît comme un élément référentiel de base permettant d'appréhender l'expérience d'habiter (Hulse et Saugeres, 2008). La sécurité ontologique comporte quatre aspects qui permettent d'appréhender l'espace domiciliaire et sur lesquels nous nous sommes appuyés dans notre recherche : l'identification, l'appropriation, l'intimité et la sécurité.

La recension des écrits suggère que la sécurité ontologique est peu prise en compte dans la pratique professionnelle. Par exemple, l'étude de Twigg (2002) illustre le sentiment d'intrusion vécu par les usagers. Cette intrusion de l'institution dans le chez-soi de l'individu et de la famille se fait non seulement par le va-et-vient constant d'intervenants professionnels et non-professionnels effectuant des visites à domicile, mais aussi par l'arrivée d'équipements spécialisés qui transforment le sens donné au chez-soi, notamment par le fait que l'aménagement et la décoration de la maison s'en trouvent modifiés (Taam, 1999). Ce phénomène d'institutionnalisation irait jusqu'à faire en sorte que le domicile cesserait d'être un chez-soi. C'est d'ailleurs ce que suggère le titre de l'article de Taam (1999) : « *What does a home mean and when does it cease to be a*

home ? Home as a setting for rehabilitation and care ».

Les résultats de notre recherche viennent toutefois confronter ces constats issus de la littérature et permettent de mieux cerner ce que représente le chez-soi pour toute personne, en particulier celles en quête d'autonomie, et de mieux comprendre la spécificité de l'intervention psychosociale à domicile.

Reflets

Le chez-soi comporte une connotation culturelle ou générationnelle (Imrie, 2004; Mallet, 2004; Heywood, 2005) et est porteur de l'histoire ainsi que de la mémoire personnelle (Gilroy, 2005; Milligan, 2003). En effet, la signification accordée au chez-soi diffère en fonction de la classe sociale, du genre et de l'origine ethnoculturelle, éléments identitaires à considérer dans l'intervention. Si les usagers ont peu discuté de la signification du chez-soi en lien avec leur classe sociale, son implication pour l'intervention est largement ressortie de l'analyse thématique du discours des intervenants. Le respect des écarts socioculturels entre l'intervenant et l'usager constitue une valeur importante à privilégier dans tout type de pratique d'intervention, en établissement ou à domicile. Il semble cependant que ce respect et cet ajustement socioculturel soient davantage de mise dans un contexte de pratique à domicile, où l'intervenant devient témoin des habitudes de vie des personnes.

Le domicile est porteur de souvenirs et d'une histoire personnelle à préserver (Gilroy, 2005). Cette intimité n'est pas que symbolique ; elle a aussi des fonctions plus pratiques, voire utiles, en aidant à maintenir reliées entre elles les différentes composantes de sa propre vie.

Par rapport à l'identité, le chez-soi représente finalement un reflet de l'accomplissement et du développement personnel. Il peut symboliser l'expression de la créativité, notamment par la décoration qu'on bricole soi-même ou encore, par les rénovations effectuées. Le chez-soi peut également comporter des symboles de nos connaissances, à travers la présence de

RETOURS

« Ces services comportent un caractère potentiellement intrusif et l'arrivée de professionnels dans la sphère privée de la personne peut compromettre le lieu d'ancrage de cette dernière. »

livres, par exemple. Pour certaines personnes, l'accomplissement personnel est « affiché » dans le domicile. Il y a, par exemple, le cas d'une personne lourdement handicapée, chez qui l'on retrouve des plaques illustrant sa contribution à la fondation d'une association de voile adaptée pour personnes handicapées : « Il y a une série de plaques [au mur]. Je suis un gars qui fait de la voile. Et puis, j'ai amené ça moi au Québec. [...] On a fondé l'Association québécoise de voile adaptée [...] c'est mon dernier bébé. » (Usager, programme Soutien à domicile).

Certains intervenants vont plus loin en associant directement l'investissement des lieux à l'état affectif et l'image de soi de la personne : « Je dis souvent à des clients que je rencontre [...] la même phrase : "j'ai déjà lu un jour que si tu veux savoir comment quelqu'un est dans sa tête, regarde comment est tenu son appartement." Puis là, bien quand je regarde comment c'est tenu, sais-tu, ça doit pas aller tellement bien. »

Appropriation

L'appropriation du chez-soi par les usagers est fortement ressortie du discours des usagers et des intervenants. Cette dimension réfère au contrôle et à la liberté d'agir dont dispose l'individu sur son environnement ou, pour reprendre les termes de Wilcocks et al. (1987), « *home as a power base* ».

Un premier sous-thème de l'appropriation ayant émergé dans notre analyse est l'attachement des personnes à leur chez-soi. Ces dernières nous ont affirmé leur désir de demeurer chez elles le plus longtemps possible et ainsi, de retarder leur entrée dans une ressource d'hébergement. Le chez-soi constitue une source d'enracinement, de stabilité et de repères. Cette stabilité résidentielle se veut un facteur contributif à la construction du sentiment d'appartenance à son domicile. Un exemple illustrant l'enracinement de l'individu dans son domicile est celui d'un usager qui a exprimé sa volonté de demeurer dans son domicile actuel jusqu'à la fin de ses jours : « C'est un appartement adapté pour moi et puis dans lequel je

suis bien. Je pense que je peux mourir ici. Je suis établi, je suis 'casé'. » La stabilité du lieu semble d'autant plus importante pour les personnes vulnérables.

Les intervenants rencontrés apparaissent conscients de l'importance de la stabilité et de l'enracinement dans la vie des personnes qu'ils rencontrent à domicile. Ils ont également discuté du fait que les services à domicile peuvent constituer une perte de repères pour les usagers. Ces services comportent un caractère potentiellement intrusif et l'arrivée de professionnels dans la sphère privée de la personne peut compromettre le lieu d'ancrage de cette dernière.

Les usagers qui bénéficient du programme de soutien à domicile ont exprimé leur besoin de procéder à différentes adaptations architecturales de leur domicile, ce qui est également relevé par les intervenants de ce programme. Ces adaptations se traduisent sous diverses formes : portes électriques, barres d'appui dans la salle de bain, banc de bain, élévateur ou encore, sonnettes de porte abaissées. Elles permettent aux usagers d'optimiser leur autonomie et leur pouvoir sur leur environnement : « [Le propriétaire] a baissé [la sonnette] pour répondre à la porte. [...] et la porte patio qu'il y avait... avec la chaise, on ne pouvait pas sortir, parce qu'elle avait juste la largeur de la chaise [roulante]. Puis là, ils ont refait une porte avec une petite fenêtre à côté. » (Usager, programme Soutien à domicile)

Pour les personnes en quête d'autonomie, le fait d'exercer un contrôle sur leur environnement revêt une importance capitale et constitue une source d'*empowerment* et d'estime de soi. Pour plusieurs personnes, le chez-soi est synonyme d'indépendance et d'autonomie, comme l'évoque cette usagère des services du programme de soutien à domicile : « [Un chez-soi] c'est l'autonomie. C'est l'indépendance, [...] c'est la liberté, tu peux faire ce que tu veux, quand tu veux, comme tu veux. »

Un autre élément constitutif de la signification du chez-soi est la question du quotidien et du mouvement. Plusieurs usagers sortent très peu



Lee Otis, 2010. Certains droits réservés

RETOURS

de chez eux et vaquent à la grande majorité de leurs activités quotidiennes, telles que lire, écouter la télévision et clavarder sur le net dans leur maison. L'appropriation réfère finalement au confort et à l'aisance que l'habitant peut retrouver à l'intérieur de son chez-soi. Des entretiens témoignent de l'attachement des habitants à leur domicile et le sentiment de liberté et de contrôle que peut procurer l'expérience d'avoir un chez-soi. Le respect qu'ont les intervenants pour ce dernier se remarque autant dans leur savoir-être que dans leur savoir-faire lorsqu'ils pénètrent la sphère privée des usagers. Encore faut-il que le domicile offre des conditions favorables. Toutes les personnes n'ont pas la chance de retrouver ce bien-être au sein de leur domicile et certains des usagers que nous avons rencontrés vivaient dans des conditions d'habitation déplorables, tant sur le plan de la salubrité que sur celui de la sécurité des lieux.

Traverser le seuil

L'arrivée du professionnel dans un lieu aussi réservé que le chez-soi peut être perçue par certains usagers comme étant potentiellement intrusive. En effet, certaines personnes ont démontré une attitude méfiante envers les services sociaux, qui représentent une autorité législative, notamment en matière de retrait

des enfants par l'entremise de la Direction de la Protection de la Jeunesse : « Bien, avant, j'avais toujours des réticences moi. [...] J'ai entendu tellement d'histoires là, puis tout ça que j'ai dit tu sais, tu ne veux pas te faire enlever tes enfants là. » (Usager, programme Famille/Enfance/Jeunesse)

Dans les entretiens réalisés, l'attention portée par certains intervenants conscients de ce risque d'intrusion dans l'intimité de la personne influence leurs attitudes professionnelles. Plusieurs intervenants ont mentionné la délicatesse qui était de mise à l'occasion de visites à domicile. En contrepartie, des intervenants ont témoigné d'une attitude plus intrusive dans leur pratique à domicile. Cette attitude semble davantage présente chez les psychoéducateurs.

En lien avec le caractère intrusif de l'intervention à domicile, la perte d'intimité attribuable à l'institutionnalisation du domicile (Taam, 1999) a été exprimée par certains usagers, notamment ceux du secteur Soutien à domicile, qui déplorent également le haut taux de roulement des intervenants : « Il y a bien une dizaine de personnes qui viennent [pour les médicaments]. [...] Le personnel du CLSC, quand il change trop, je deviens gênée un peu. Ça me dérange. » (Usagère, programme Santé men-

RETOURS

tales). Les intervenants ont témoigné de leur sensibilité à l'égard de ce risque d'institutionnalisation du domicile chez les clientèles requérant une intensité importante de services et leur volonté que leurs interventions soient respectueuses de l'intimité et de l'intégrité des usagers.

La notion d'accueil représente un élément important lorsque l'on traite de l'intervention à domicile en regard de la sécurité ontologique. Les usagers ont ainsi discuté de l'accueil et de l'inclusion des visiteurs dans leur domicile. Certaines personnes ne recevaient peu ou pas de visite chez elles et la venue de l'intervenant constituait à peu près la seule visite régulière. D'autres ont mentionné le plaisir qu'elles avaient à recevoir régulièrement des visiteurs. Les intervenants ont aussi discuté de la notion d'accueil, en lien avec l'intimité du chez-soi. Pour certains professionnels, l'accueil que leur réservent les usagers constitue une grande marque de confiance.

Le fait d'avoir un chez-soi procure à l'individu un pouvoir d'inclure ou d'exclure les visiteurs de son domicile (Twigg, 2000). Comme le mentionne Flamand (2004) en regard de l'accès des visiteurs au domicile, tous les lieux et toutes les pièces ne sont pas également ouverts aux personnes étrangères. C'est le degré d'intimité et de confiance qui déterminera jusqu'à quel point le visiteur pourra pénétrer dans l'espace domiciliaire et traverser ses multiples seuils. La majorité des usagers de Sherbrooke et de Montréal a affirmé n'avoir jamais chassé d'intervenants de leur domicile. Néanmoins, certains usagers ont mentionné qu'ils restreignaient l'accès aux visiteurs à certaines pièces de leur chez-soi. Les raisons invoquées de cette restriction étaient le caractère très intime de certains espaces (par exemple, la chambre à coucher) ou encore, le désir de dissimuler le désordre. À ce titre, un intervenant a mentionné qu'il se devait de respecter le refus de services à domicile de ses clients : « Ils ne sont pas obligés de nous accepter. Ça veut dire 'moi je ne veux pas que vous veniez chez nous, je vais aller au bureau'. J'ai des clients dont je n'ai jamais vu la maison. Ils ne veulent rien savoir. » (Intervenant, programme Santé mentale)

Le caractère intrusif de l'intervention à domicile, l'institutionnalisation du domicile, le pouvoir d'exclusion, les notions d'accueil et de seuil sont autant d'aspects de l'intimité. L'accueil semble un élément majeur à prendre en compte lors d'une intervention psychosociale à domicile qui peut susciter un sentiment de méfiance et d'intrusion chez les usagers. Le degré d'ouverture de l'accueil réservé à l'intervenant en dit long sur la relation de confiance pouvant s'installer entre la personne et le professionnel.

La sécurité ontologique réfère aussi au chez-soi en tant que zone de protection majeure contre les dangers extérieurs (Mallet, 2004; Taam, 1999). Dans les entretiens où les conditions du logement ont été abordées, il est ressorti comme refuge. Cependant, le chez-soi n'est pas que source de sécurité ; il peut également s'avérer une source d'insécurité. Plus des deux tiers des usagers interrogés disent avoir vécu des « épreuves de l'habité » (Sefarty-Garzon, 2003), c'est-à-dire des traumatismes ou des abus passés au domicile.

Territoire primaire

L'intervention à domicile est-elle un facteur d'équilibre ou de déséquilibre quant à la sécurité et la liberté à domicile ? Est-ce que l'expérience d'habiter, liée à la santé et au bien-être de la personne, est compromise par cette intervention ?

Alors que les auteurs ont relevé plusieurs écueils ou enjeux résultant d'une faible prise en compte des besoins des usagers relatifs à la sécurité ontologique (identification, appropriation, intimité et sécurité), nos résultats empiriques suggèrent que les intervenants les pren-

nent en considération dans l'intervention. Cette prise en compte se traduit par un savoir-être et un savoir-faire des intervenants, qui rendent compte du caractère essentiellement relationnel de l'intervention à domicile et de la construction du sens que les individus donnent à leur logement.

Le domicile constitue le territoire primaire de l'individu. Dans la mesure où l'objectif des services à domicile est que la personne puisse demeurer chez elle ou, lorsqu'il s'agit d'une famille, que parents et enfants puissent être ensemble sous un même toit, il importe selon nous que la signification du chez-soi et son corollaire, la sécurité ontologique, soient considérées lors d'une intervention psychosociale à domicile. Si on veut favoriser le maintien ou le développement des capacités



Southeater.co.uk, 2010. Certains droits réservés ©

d'autodétermination de la personne, l'intervention à domicile ne peut faire l'économie de la prise en compte de ce territoire.

Notre effort de croisement des éléments thématiques en lien avec ces quatre éléments peut être perçu comme une démarche compréhensive portant sur la pratique à domicile en regard du concept de sécurité ontologique. Nos définitions de chacun des aspects (sécurité, intimité, identification, appropriation) se recoupent. Nous croyons toutefois que notre effort de conceptualisation peut s'avérer une richesse pour la compréhension et le renouvellement des pratiques à domicile.

Adkins, B., Barnett, K., Greenhalgh, E. et M. Hefferman (2003). *Women and Homelessness: Innovative practice and exit pathways*, Paper presented at the 3rd National Homelessness Conference « Beyond the divide », Brisbane.

Després, C. (1991). « The meaning of home: literature review and directions for future research and

theoretical development », *Journal of Architectural and Planning research*, 7: 96-115.

Flamand, J.-P. (2004). *L'abécédaire de la maison*, Paris, Éditions de la Villette.

Gagnon, E. et F. Saillant (2000). *De la dépendance et de l'accompagnement : soins à domicile et liens sociaux*, Sainte-Foy, Presses de l'Université Laval.

Gilroy, R. (2005). « The role of housing space in determining freedom and flourishing in older people », *Social Indicator research*, 74: 141-158.

Gurney, C. M. (1990). « The meaning of home in the decade of owners occupation. Towards an experiential research agenda », Bristol, SAUS, Working paper.

Heywood, F. (2005). « Adaptation: altering the house to restore the home », *Housing Studies*, 20(4): 531-547.

Heywood, F. et coll. (2002). « Housing and home in later life », Buckingham, Open University Press.

Hulse, K. et L. Saugueres (2008). *Housing insecurity and precarious living: An Australian exploration AHURI*, Final report 124.

Imrie, R. (2004). « Disability, embodiment and the meaning of home », *Housing Studies*, 19(5): 745-763.

Mallett, S. (2004). « Understanding home: a critical review of the literature », *The Sociological Review*, 52(1): 62-89.

Miffilin, E. et R. Wilton (2005). « No place like home :

RETOURS

- rooming houses in contemporary urban contexts », *Environment and Planning*, 37(3): 403-421.
- Milligan, C. (2003). « Location or dis-location? Towards a conceptualization of people and place in the care-giving experience », *Social & Cultural Geography*, 4(4): 455-470, Décembre.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2005). *Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité*, Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2004). *Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles en contexte de vulnérabilité. Cadre de référence*, Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2003). *Politique de soutien à domicile : le premier choix*, Québec.
- Paquet, M. (2003). *Vivre une expérience de soins à domicile*, Ste-Foy, Presses de l'Université Laval.
- Parent, P.-P. (2004). *Intervenir auprès des familles*, Paris, L'Harmattan.
- Serfaty-Garzon, P. (2003). *Chez-soi, les territoires de l'intimité*, Paris, Armand Colin.
- Sommerville, P. (1997). « The Social Construction of Home », *Journal of Architectural and Planning Research*, 14: 226-245.
- Taam, M. (1999). « What does a home mean and when does it cease to be a home ? Home as a setting for rehabilitation and care ? », *Disability and rehabilitation*, 21(2): 49-55.
- Thalineau, A. (2002). « L'hébergement social : espaces violés, secrets gardés », *Ethnologie française*, 32(1): 41-48.
- Twigg, J. (2002). « The body in social policy : mapping a territory », *Journal of Social Policy*, 31: 421-439.
- Twigg, J. (1999). « The spatial ordering of care: public and private in bathing support at home », *Sociology of Health and Illness*, 21: 381-400.
- Wilcocks, D., Pease, S. et L. Kellaheer (1987). *Private lives in public spaces: a research based critique of residential care in local authority old people's homes*, London, Tavistock Publications.

L'autonomie en action

HORIZONS

À la suite d'une recherche sur les organismes communautaires qui développent des pratiques novatrices auprès de populations marginalisées et discriminées,¹ nous avons voulu

voir comment ont évolué ces organismes cinq ans plus tard. Cette fois-ci, le projet a pris la forme d'un documentaire qui s'appuie sur des entrevues réalisées auprès de quatre organismes proposant des manières de faire pour changer les trajectoires individuelles et collectives des jeunes qui connaissent des difficultés d'insertion sur le marché du travail. Produit en lien avec le



Albantzar, 2010. Certains droits réservés

CREMIS, ce documentaire intitulé *Un communautaire svp !* a été présenté en première lors de la soirée de théâtre citoyen organisée par le CREMIS sur les jeunes et le travail aux Katacombes au mois de mars 2010. Les quatre organismes rencontrés sont le *Café Chaos*, le *Café Touski*, le *Groupe Information Travail* (GIT) et la compagnie de théâtre d'intervention *Mise au jeu*, qui se situent sur le territoire du Centre de santé et de services sociaux Jeanne-Mance. En mettant l'accent sur le discours et les réflexions des responsables de ces organismes, nous avons questionné les liens entre l'autonomie de l'action et le changement social.

Inversion

Le Groupe Information Travail accompagne depuis plus de vingt-cinq ans des individus éloignés du marché du travail dans leur volonté de prendre du pouvoir sur leur vie et de trouver un emploi, en offrant notamment des services visant à augmenter leur employabilité. Toutefois, pour cet organisme, c'est plus l'individu dans sa globalité qu'il faut aider : « *On ne travaille pas avec des codes postaux ici, mais avec une personne qui doit être reconnue dans sa globalité.* » Par exemple, les interventions aident des jeunes chômeurs à regagner une confiance personnelle et une estime de soi leur permettant de réintégrer le marché du travail. L'accompagnement des individus ayant des

François Régimbal

Professeur de sociologie
Cégep du Vieux-Montréal

David Beaupré

Professeur de sociologie
Cégep du Vieux-Montréal

HORIZONS

« ces organismes se retrouvent dans une situation de tension entre les valeurs d'autonomie et de liberté qu'ils défendent et celles de l'économie capitaliste dans laquelle ils s'inscrivent »

problèmes multiples (comme la toxicomanie, des problèmes d'hébergement, ou des problèmes de santé mentale), favorise le développement de nouvelles habitudes et compétences. Il s'agit essentiellement de « faire pour » les individus en leur permettant de retrouver un pouvoir sur leur vie et un sentiment de contrôle sur leur trajectoire.

Certains groupes de la population qui subissent des discriminations, de l'intolérance et des préjugés (comme les jeunes Noirs, les personnes à la rue ou les familles immigrantes) ont parfois le sentiment que leurs droits ne sont pas respectés et qu'ils sont exclus de la société. La compagnie de théâtre *Mise au Jeu* intervient auprès de populations discriminées afin de favoriser l'exercice de leur citoyenneté. Depuis 1991, elle encourage le passage d'un état de spectateur à celui d'acteur des changements sociaux à travers l'intervention théâtrale participative. Ses interventions développent une capacité de prendre part aux enjeux qui les touchent particulièrement : « Notre mission, c'est de favoriser une culture de participation, de faire en sorte que les gens sortent de leur état de spectateur ; qu'ils s'impliquent dans la résolution des conflits qui se présentent dans leur vie (...) Qu'ils apportent un certain changement. » Les interventions théâtrales participatives deviennent ainsi un moteur qui favorise une citoyenneté active et contribue à sortir du sentiment d'impuissance. Ce « faire ensemble » passe par une inversion des structures hiérarchiques traditionnelles d'exercice du pouvoir.

Le Café Chaos et le Café Touski sont des coopératives de travail. Le premier a ouvert ses portes en 1995 dans le but d'offrir une salle de spectacle accessible pour la relève musicale. Plus récemment, en 2001, l'ouverture du Café Touski par trois mères monoparentales a permis d'offrir un lieu convivial où les familles peuvent trouver de la nourriture de qualité à bon prix. Dans les deux cas, l'expérience de l'exclusion et le sentiment d'être tenus à l'écart sont à l'origine de ces espaces : « Le café [Touski], c'est un milieu de vie, c'est un endroit où on se sent chez nous. C'est un endroit où on peut évoluer en tant qu'être humain. On peut arriver avec une idée (...) puis la mettre en pratique. »

Face aux structures contraignantes, la mise sur pied de coopératives de travail et d'entreprises d'économie solidaire témoigne du désir de se réapproprier un milieu de vie où se développent un sentiment d'appartenance et une nouvelle identité. Qu'il s'agisse d'accueillir des familles défavorisées ou des artistes de la relève, ces coopératives constituent de véritables lieux de socialisation pour les citoyens et les organismes communautaires environnants, et témoignent d'une volonté de « faire par et pour eux-mêmes ».

Dans ces deux espaces d'échanges, le pouvoir décisionnel ne repose pas entre les mains d'une seule personne, mais s'accorde avec les principes d'autogestion, comme l'évoque un membre du Café Touski : « On avait envie d'avoir une autonomie, une indépendance, une liberté par rapport à notre mission, d'être maître chez nous. » L'autogestion rend possible la réalisation de projets cohérents avec leurs valeurs : « La formule coopérative est une alternative à l'entreprise normale avec un patron qui dirige tout le monde. Ici, tout le monde dirige la place. » (Café Chaos). Ces lieux sont porteurs de changements, puisqu'ils permettent à des individus qui ont longtemps vécu avec le sentiment d'être exclus d'avoir enfin une place au sein de leur société. Toutefois, ces organismes se retrouvent dans une situation de tension entre les valeurs d'autonomie et de liberté qu'ils défendent et celles de l'économie capitaliste dans laquelle ils s'inscrivent. Cette tension peut devenir un obstacle à l'atteinte des finalités qu'ils se fixent : « Si on veut des subventions (...) on est comme une espèce de caméléon qui essaie de se conformer dans les structures qui existent déjà et non de créer une structure qui nous ressemble. » (Café Touski)

Marginalités

Marginal par rapport aux pratiques institutionnelles dominantes, le secteur communautaire constitue, dans toute son hétérogénéité, un agent important de changement social et d'innovation quant aux façons de penser et d'inter-

venir auprès des populations discriminées. Pour les organismes rencontrés, l'individu n'est pas une étiquette ou un problème, mais une personne à part entière qui peut vivre un problème et participer à sa résolution. Le travail qu'ils effectuent dépasse largement le cadre d'une activité lucrative. Il est question de créer un milieu de vie dans lequel tout le monde apporte sa contribution. À travers une structure organisationnelle horizontale, ces organismes parviennent à adapter leurs pratiques aux besoins des individus plutôt que de les adapter aux structures et aux besoins du marché du travail.²



Ellevenhoutte, 2007. Certains droits réservés ©

Notes

1. Les rencontres effectuées auprès de ces organismes s'inscrivent dans la continuité d'une recherche réalisée en 2005 au CREMIS. Avec l'aide d'acteurs du milieu (travailleurs sociaux, intervenants, organisateurs communautaires), nous avons repéré une vingtaine d'organismes communautaires considérés comme les plus novateurs sur le territoire du Centre de santé et de services sociaux (CSSS) Jeanne-Mance en matière de l'action sur la pauvreté.
2. Le documentaire que nous avons produit dans le cadre de ce projet en lien avec le CREMIS est disponible à www.cremis.ca.

Les adolescentes et l'accès à la contraception

Conférence par
Lucie Biron, Louise Charbonneau
et Louise Morin
Clinique jeunesse
CAU-CSSS Jeanne-Mance

Mercredi le 22 septembre 2010
12h à 13h30
CREMIS

1250, rue Sanguinet, salle 451
www.cremis.ca