

Soins et pouvoirs

Décoloniser le système de santé

Contester le pouvoir médical

Expériences de violence conjugale chez
les femmes en situation de handicap



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

Le CREMIS fait partie intégrante de la mission Centre affilié universitaire Jeanne-Mance du Centre intégré universitaire de Santé et de Services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal affilié à l'Université de Montréal et à l'Université du Québec à Montréal.

66 rue Sainte-Catherine Est
Montréal, Québec
H2X 1K7

Comité de rédaction : Rachel Benoît, Nadia Giguère, Baptiste Godrie, Catherine Jauzion, Lisandre Labrecque-Lebeau, Jean-Baptiste Leclercq, Guillaume Ouellet, Nicolas Sallée.

Secrétaire de rédaction : Chloé Couvy.

Production : Chloé Couvy, Isabelle Mesnard (correction des textes).

Chaque texte de la *Revue du CREMIS* fait l'objet d'une évaluation anonyme par les pairs.

Des pairs-chercheur-es sont sollicité-es pour leur expertise scientifique et, lorsque le thème s'y prête, des pairs-praticien-nes et/ou pairs-gestionnaires sont sollicité-es pour leur expertise professionnelle.

Le comité scientifique de la *Revue du CREMIS* est composé des [membres du CREMIS](#).

Les opinions exprimées dans les articles n'engagent que les auteur-es.

Pour tout commentaire ou pour s'inscrire sur notre liste de diffusion, n'hésitez pas à communiquer avec nous en consultant notre site web au www.cremis.ca sous l'onglet « contact ».

Vous pouvez télécharger gratuitement la revue à cette adresse : www.cremis.ca

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



[Creative Commons Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale - Pas de Modification 4.0 International](http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

Photo page couverture: Nguyen Dang Hoang Nhu



Crédit: JBL

SOMMAIRE

REGARDS

Favoriser la continuité : des activités de liaison post-hospitalières auprès des personnes en situation d'itinérance 4
Philippe-Benoît Côté, Sue-Ann MacDonald, Guillaume Renard-Robert

« Reconnecter à l'essence de sa mission » : rôles professionnels en pandémie de COVID-19 10
Léonie Archambault, Yan Ferguson, Nadia Giguère, Vincent Wagner, Mathieu Isabel, Karine Hudon, Guillaume Ouellet, Marie-Ève Goyer

DOSSIER 15
Soins et pouvoirs

Décoloniser le système de santé : aperçu des travaux du Cercle consultatif en santé des Autochtones de Montréal 16
Stéphanie Héroux Brazeau

Contester le pouvoir médical : médecine sociale et santé communautaire en quartiers populaires. Retour sur les années 1970 au Québec et en France 23
Audrey Mariette, Laure Pitti

Expériences de violence conjugale chez les femmes en situation de handicap, une analyse structurelle des leviers et barrières à la sortie de la violence 29
Corynne Laurence-Ruel, Martine Lévesque, Yolanda Muñoz, Lisandre Labrecque-Lebeau, Linda Gauthier

RETOURS

Saisir l'itinérance au prisme des ruptures sociales et des expériences de fragilisation 35
Sue-Ann MacDonald, Philippe-Benoît Côté, Stéphanie Houde, Annie Fontaine, Élisabeth Greissler

Faire partie du « monde » : favoriser le bien-être par les rituels alimentaires 42
François Régimbal

Inégalités sociales

Discriminations

Pratiques alternatives de citoyenneté

Soins et pouvoirs

« Pour moi, c'est vraiment important d'améliorer les services de santé, plus spécifiquement pour les personnes autochtones. En tant qu'ancienne navigatrice autochtone en santé et membre de la communauté, je sais qu'il y a une grande réticence, une grande résistance, des personnes autochtones à accéder aux services de santé [...] »

« On le voit, ces cliniques sont des lieux de soins, mais aussi de politisation visant à donner du pouvoir aux citoyens sur les questions de santé. Une conception sociale de la médecine s'y développe, avec un rôle fort des organismes communautaires, favorisant la participation citoyenne et l'autonomie vis-à-vis des pouvoirs publics locaux et provinciaux. »

« Les diverses violences rapportées par ces femmes, dans différents contextes ou moments de leur vie, ne sont pas considérées comme des événements isolés les uns des autres. Ils s'inscrivent dans, et se (re)produisent à travers, des dynamiques systémiques de pouvoir, de discrimination et d'exclusion, qui rendent les femmes en situation de handicap plus vulnérables face aux agresseurs. »

(suite à la page 15)



Crédit: Fee Birnie

Activités de liaison post-hospitalières auprès des personnes en situation d'itinérance

Favoriser la continuité

Philippe-Benoît Côté

*Professeur, Département de sexologie, UQAM
Membre du CREMIS*

Sue-Ann MacDonald

*Professeure agrégée, École de travail social, Université de Montréal
Membre du CREMIS*

Guillaume Renard-Robert

Professionnel de recherche, Département de sexologie, UQAM

REGARDS

Il est de plus en plus admis que la sortie de l'hôpital constitue une période de transition critique pour les personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir (Jenkinson et al., 2021; Khatana et al., 2020). Par crainte d'être stigmatisées en raison de leur précarité domiciliaire, les personnes en situation d'itinérance, ou à risque de le devenir, auraient tendance à ne pas discuter avec le personnel soignant de la planification de leur sortie de l'hôpital (Greysen et al., 2012; MacDonald et al., 2021). Être hospitalisées peut rapidement devenir un événement stressant pour elles, associé au risque de précipiter ou de maintenir leur situation d'itinérance (Greysen et al., 2012; Tomita et Herman, 2012). Pour mieux comprendre les difficultés qu'elles rencontrent à la sortie de l'hôpital, il faut ainsi prendre en compte le fait que la discontinuité des services dont elles bénéficient complexifie la prise en charge de leur précarité domiciliaire (Karper et al., 2008; Kumar et Klein, 2013).

En contrepartie, les personnes en situation d'itinérance dont la sortie de l'hôpital a été planifiée en bénéficient grandement : leur santé mentale et physique s'améliore, elles consomment moins de substances, elles sont moins souvent réadmisées à l'hôpital et elles retrouvent plus facilement une stabilité résidentielle (Backer et al., 2007; Stergiopoulos et al., 2018). Il est reconnu que la communication et la création d'un partenariat avec les personnes en situation d'itinérance constituent un gage de réussite pour une planification adéquate de la sortie de l'hôpital (Backer et al., 2007; Stergiopoulos et al., 2018). Plusieurs études suggèrent la mise en place d'activités de liaison post-hospitalières afin d'assurer une continuité et une coordination des services et, ainsi, d'éviter le passage ou le maintien en itinérance.

Inspiré par ces travaux, le Service des toxicomanies et de médecine urbaine (STMU)¹ de l'Hôpital Notre-Dame a développé une offre d'activités basée sur l'accompagnement afin d'assurer la liaison post-hospitalière des personnes en situation d'itinérance.

C'est dans ce contexte que l'équipe du STMU a contacté le CREMIS pour élaborer un projet de recherche afin de documenter le fonctionnement, les obstacles et les facilitateurs de ces activités de liaison. Ce projet s'inspire de l'étude de Strauss (1992) qui montre que les trajectoires de soins sont influencées par l'interaction entre des personnes qui conçoivent différemment la situation dans laquelle elles sont engagées ensemble. L'objectif est de documenter le fonctionnement des activités de liaison du STMU, en tenant compte des stratégies de négociation déployées par les personnes impliquées et des enjeux organisationnels de l'Hôpital. Inspiré par des méthodes ethnographiques et par l'interactionnisme symbolique², ce projet présente une réflexion sur la façon dont les personnes assurent, ou vivent, la transition entre les institutions de soins et d'hébergement.

Les données analysées proviennent d'une étude de cas menée de février à juin 2019 auprès de l'équipe de professionnel·les du STMU de l'Hôpital Notre-Dame. Trois stratégies de collecte de données ont été déployées, soit des entretiens individuels avec cinq professionnel·les (médecins, travailleuses sociales, infirmières), des périodes d'observation lors d'interventions réalisées par des professionnel·les du STMU et une période d'observation lors d'une rencontre d'équipe du STMU. Les professionnel·les ont été sélectionné·es sur la base de leur engagement dans les activités de liaison au STMU, ainsi que sur leur intérêt à vouloir discuter du fonctionnement de cette démarche avec les chercheur·es.

Comprendre la globalité

Les activités de liaison déployées par l'équipe du STMU s'appuient sur le modèle de l'intervention en période critique (*critical time intervention*). Ce modèle a été développé dans les années 1990 à la suite d'une collaboration entre des clinicien·nes en santé mentale et des chercheur·es travaillant dans les refuges pour les hommes en situation d'itinérance à New York

(Kaspro et Rosenheck, 2007; Herman et al., 2007). Il s'agit d'une forme de gestion de cas limitée dans le temps, avec une emphase sur le maintien de la continuité des soins pour les personnes pendant la période cruciale de transition entre l'hospitalisation et le retour à la vie dans la communauté (Hwang, 2014). L'objectif est ainsi de prévenir l'itinérance chronique en favorisant la transition entre les institutions lors de la sortie de l'hôpital (Kaspro et Rosenheck, 2007; Lako et al., 2013; Stergiopoulos et al., 2018).

Comme le décrit l'un-e des participant-es, les activités de liaison du STMU visent à prendre en compte la « globalité non fractionnée » des réalités des usagers-ères afin de créer une cohérence entre les soins que les personnes peuvent être amenées à recevoir. Cette approche globale leur permet de mettre en œuvre des activités de liaison pour répondre à une diversité de besoins des usagers-ères lors de la sortie de l'hôpital, et ce, même si ces activités n'ont pas un lien direct avec la toxicomanie. Les professionnel-les du STMU disent déployer des activités de liaison pour aider les personnes, par exemple, à chercher un logement, à obtenir des papiers d'identité ou faire leurs impôts.

« On est les champions de l'histoire sociale. Moi, je le fais comme médecin avant même que le patient ait vu la travailleuse sociale. Même que, des fois, on est comme : "Avez-vous fait vos impôts?" On est très complets ».

Lors d'une observation sur l'unité de soins du STMU, il a été possible de constater que les professionnel-les questionnent les usagers-ères sur différentes sphères de leur vie, basées sur un ensemble de déterminants sociaux qui peuvent influencer leur quotidien. Ces questions renvoient aux conditions de vie des usagers-ères afin d'en saisir leur impact sur le processus de sortie de l'hôpital. Par exemple, les professionnel-les interrogent les usagers-ères sur leur revenu, leur situation familiale et leur fonctionnement au quotidien, comme le fait d'avoir accès ou non à un endroit pour se nourrir, pour dormir ou pour se laver. Ce faisant, leur objectif est d'assurer une transition post-hospitalière sécuritaire.

Prévoir l'après

« On s'occupe de "l'après", mais on prévoit "l'après", comme ça, la prise en charge va être continuée. C'est d'avoir des partenaires pour bien répondre aux besoins de cette personne-là et éviter aussi que cette personne-là se retrouve au point de départ à chaque fois. »

Les professionnel-les décrivent les activités de liaison du STMU comme étant nécessaires pour « l'après-institutionnalisation ». Selon leurs témoignages, ces activités de liaison permettent de prévenir le phénomène des portes tournantes et de planifier la prise en charge des usagers-ères à l'extérieur de l'Hôpital. Ces activités se mettent en place en collaboration avec des partenaires à l'externe, telles que le Centre de réadaptation en dépendance (CRD), le Centre de recherche et d'aide pour narcomanes (CRAN) et



Crédit: mcccxi

REGARDS

« les activités de liaison du STMU visent à prendre en compte la "globalité non fractionnée" des réalités des usagers-ères [...]. Cette approche globale leur permet de mettre en œuvre des activités de liaison pour répondre à une diversité de besoins des usagers-ères lors de la sortie de l'hôpital »

la Clinique Relais, qui sont des constituantes du continuum des services en dépendances du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal. Pour répondre aux besoins en matière de précarité domiciliaire, les professionnel·les rapportent également entretenir des collaborations étroites avec les différentes ressources d'hébergement, comme les grands refuges à Montréal. La collaboration avec les partenaires à l'externe s'inscrit dans une logique de continuité des soins afin de répondre aux besoins des usagers-ères lors de leur sortie de l'Hôpital (Haggerty et al., 2003).

Selon les professionnel·les, ces activités de liaison s'appuient sur le « dialogue » (Strauss, 1992) à la fois avec les partenaires à l'externe, avec les partenaires à l'interne et avec les usagers-ères. À l'instar des analyses de Strauss (1992), la notion de dialogue renvoie ici au processus incessant de négociation entre les professionnel·les du STMU, les partenaires à l'externe et les usagers-ères qui tentent de coordonner leurs efforts afin, ultimement, d'améliorer la trajectoire de soins et la situation domiciliaire des personnes. Ce processus révèle que l'échange d'informations participe à la fois à mieux orchestrer le déploiement des soins lors de la sortie de l'hôpital, mais aussi à mieux outiller les professionnel·les du STMU pour l'établissement d'un plan de traitement cohérent à partir des informations obtenues des partenaires à l'externe. Ce dialogue permet finalement, selon les participant·es, d'assurer une « fluidité des soins » selon le rythme et les réalités des personnes en situation d'itinérance. Voici comment l'un·e des participant·es explique ce processus de dialogue au sein des activités de liaison.

« Au tout début, on avait un peu de la "broue dans le toupet" et on n'était pas super bons à communiquer la conclusion de l'histoire à nos partenaires, surtout aux partenaires de la communauté qui nous avait référé des patients. On a fait un gros mea culpa, on n'était pas bons et c'était un peu gênant. Alors, on essaye d'écrire des notes et de les faxer, quand on a l'accord du patient. Mais, au-delà de ça, on essaye de prendre le téléphone et de faire une conclusion avec les gens dans la communauté, et je pense que c'est apprécié. »



Crédit: mcccxi

Élargir l'accès

Toutefois, les participant·es mentionnent avoir l'impression que cette perspective holistique, globale, se voit entravée par la désignation et la visée du STMU. Les personnes admissibles à ce service doivent présenter une problématique de dépendance aux substances nécessitant un sevrage pouvant entraîner des risques pour leur santé. Dans ce contexte, l'accès au STMU serait déterminé prioritairement à partir de l'aspect de la « toxicomanie », en reléguant au second plan l'enjeu de la « médecine urbaine ». Le terme de « médecine urbaine » est défini par l'un·e des participant·es comme « des gens super marginalisés qui sont en bris de relations avec le système de santé et qui refusent de consulter ailleurs ». Si l'enjeu de la médecine urbaine est central dans la réflexion des professionnel·les, les usagers-ères ne peuvent cependant pas bénéficier des services de liaison du STMU uniquement sur la base de leur situation d'itinérance, car les personnes doivent avant tout présenter une dépendance aux substances.

« C'est sûr que nous, au STMU, ce sont des gens qui ont des problèmes nécessairement de dépendance. Donc, on ne rejoint pas nécessairement une clientèle itinérante qui n'a pas de problème de dépendance. À ce moment-là, ils vont être hospitalisés sur d'autres étages dans l'hôpital. »

Les témoignages recueillis révèlent que ce critère de la dépendance aux substances limite l'accessibilité des personnes aux activités de liaison à l'Hôpital Notre-Dame, tout en réduisant la conception du phénomène de l'itinérance à la consommation de drogues et d'alcool. Or, l'itinérance est un phénomène multidimensionnel et complexe, influencé par un enchevêtrement de difficultés individuelles, relationnelles et contextuelles, qui ne peut se limiter à la dépendance aux substances (MacDonald et al., 2021). En effet, les travaux scientifiques illustrent que l'itinérance implique, entre autres, des défis de santé physique et mentale (Narendorf, 2017), des expériences de violence et de négligence (Tyler et Wright, 2019), des ruptures sociales et de l'isolement (Bower et al., 2018), ainsi que des difficultés socio-économiques (Embleton et al., 2016). Le fait de se concentrer sur la dépendance aux substances tend à négliger une multitude d'autres usagers-ères qui fréquentent l'Hôpital et qui pourraient bénéficier des activités de liaison déployées au STMU. Selon les participant·es, ce critère de la dépendance aux substances peut constituer un obstacle à la responsabilité collective de l'ensemble des professionnel·les de l'Hôpital Notre-Dame à intervenir auprès des personnes en situation d'itinérance.

Collectiviser la responsabilité

Malgré le soutien de l'institution, les professionnel·les du STMU disent avoir l'impression d'être les seul·es à porter les activités de liaison au sein de l'Hôpital Notre-Dame. Selon les participant·es, cette situation s'explique notamment par la difficulté à coordonner les différents services disponibles pour soutenir les



Crédit: Patrick Tomasso

usagers-ères. À titre d'exemple, les médecins de l'urgence rapportent ne pas avoir une bonne connaissance des ressources d'aide à l'extérieur de l'Hôpital et, plus particulièrement, des organismes communautaires. L'une des personnes médecins mentionne d'ailleurs que les organismes communautaires semblent constituer, selon elle, un « monde à part », puisqu'elle n'a pas eu le temps d'établir de contact étroit avec des intervenant-es œuvrant dans ces ressources d'aide. Ce faisant, ces médecins doivent s'appuyer sur les infirmières et les travailleuses sociales du STMU afin d'assurer certaines activités de liaison auprès de partenaires extérieurs au réseau de la santé et des services sociaux. Ce manque de connaissance des services à l'externe fait en sorte que les médecins qui travaillent à l'urgence peuvent se retrouver peu outillé-es pour référer des personnes en situation d'itinérance à des partenaires.

« C'est comme un monde à part, on dirait, le monde communautaire. Je n'ai jamais vu ces gens-là, ça reste flou. Pour moi, quel service tu peux avoir? Où? Si c'était plus clair, pour moi, de quel service tu peux avoir dans quelles ressources, probablement que ça m'aiderait. »

Selon les participant-es, il existerait un certain désinvestissement de la part des autres professionnel·les de l'Hôpital pour les enjeux liés à la toxicomanie et à l'itinérance. Si les professionnel·les du STMU considèrent les personnes en situation d'itinérance comme des citoyen·nes à part entière, ils et elles mentionnent toutefois que cette conception ne semble pas partagée par tous·tes les professionnel·les de l'Hôpital Notre-Dame. Les participant-es disent déployer une énergie considérable à sensibiliser les autres professionnel·les de l'Hôpital à la réalité de l'itinérance, particulièrement depuis la transformation de l'Hôpital Notre-Dame en un hôpital communautaire à l'automne 2017.

« Quand Notre-Dame est devenu un hôpital communautaire, c'est un peu ça le discours que tous les étages allaient devenir un peu spécialistes là-dedans [l'itinérance] et que ça allait être ça notre couleur. Je pense que les gens pensent que c'est beaucoup notre mandat, comme département, d'insuffler ça un peu partout dans l'hôpital. »

Formaliser les pratiques

À la lumière de ces constats, les participant-es soulignent la nécessité de mieux faire comprendre l'itinérance au sein de l'Hôpital Notre-Dame afin que l'ensemble des professionnel·les puissent intervenir, de façon holistique, auprès des personnes qui vivent cette réalité. Les professionnel·les souhaitent que leur équipe ne soit pas la seule garante des enjeux liés à la précarité domiciliaire, mais que l'ensemble des professionnel·les de l'Hôpital développe une responsabilité collective à intervenir auprès de ces personnes.

« Je pense qu'il faudrait faire valoir à tout le monde que ce n'est pas juste pour être gentil avec les patients en situation d'itinérance, c'est pour donner des soins plus sécuritaires, c'est aussi même pour diminuer le temps de séjour et être capable que le séjour soit plus *smooth* et que ça transitionne plus vite vers l'externe. »

Les témoignages recueillis rendent compte du fait que les activités de liaison du STMU s'inscrivent en adéquation avec la logique du modèle d'intervention en période critique. À l'instar de certaines études (Herman et al., 2007; Susser et al., 1997), les participant-es révèlent l'importance d'établir un dialogue entre les différentes institutions pour assurer une continuité des soins lors de la sortie hospitalière chez les personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir. Or, cette démarche ne semble pas être clairement opérationnalisée dans le fonctionnement des pratiques de l'Hôpital. Notre étude montre que les activités de liaison du STMU reposent sur la responsabilité d'un petit groupe de professionnel·les, sans soutien clair de l'institution dans la mise en place d'un programme formel. Nous partageons l'avis des participant-es, qui suggèrent que cette démarche gagnerait à être mieux balisée par des procédures institutionnelles, pour favoriser une meilleure compréhension et une meilleure mobilisation de ces activités de liaison entre les différentes institutions.

« C'est une réalité qui existe [l'itinérance], faut que quelqu'un fasse quelque chose. On va faire notre bout, mais les autres aussi doivent faire leur petit bout là-dedans. Ça, c'est un défi. »



Crédit: Ed Leszczynski

Notes

1. Le STMU est un service spécialisé de l'Hôpital Notre-Dame qui offre des services aux personnes avec un problème de dépendance à l'alcool ou à certaines drogues. Pour de plus amples informations : <https://ciuss-centresudmtl.gouv.qc.ca/soins-et-services/consultation-avec-un-medecin-ou-une-infirmiere/consultation-avec-un-medecin-specialiste/dependance-lalcool-ou-certaines-drogues>
2. L'interactionnisme symbolique désigne globalement un courant sociologique d'origine américaine fondé sur l'idée que le monde social est le produit des interactions et des significations partagées entre les individus (Le Breton, 2004).

Références

- Backer, T. E., Howard, E. A., et Moran, G. E. (2007). The role of effective discharge planning in preventing homelessness. *The Journal of Primary Prevention*, 28(3), 229-243. <https://doi.org/10.1007/s10935-007-0095-7>
- Bower, M., Conroy, E., et Perz, J. (2018). Australian homeless persons' experiences of social connectedness, isolation and loneliness. *Health & social care in the community*, 26(2), e241-e248. <https://doi.org/10.1111/hsc.12505>
- Embleton, L., Lee, H., Gunn, J., Ayuku, D., et Braitstein, P. (2016). Causes of child and youth homelessness in developed and developing countries: A systematic review and metaanalysis. *JAMA Pediatrics*, 170(5), 435-444. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2016.0156>
- Greysen, S. R., Allen, R., Lucas, G. I., Wang, E. A., et Rosenthal, M. S. (2012). Understanding transitions in care from hospital to homeless shelter: a mixed-methods, community-based participatory approach. *Journal of General Internal Medicine*, 27(11), 1484-1491. <https://doi.org/10.1007/s11606-012-2117-2>
- Haggerty, J. L., Reid, R. J., Freeman, G. K., Starfield, B. H., Adair, C. E., et McKendry, R. (2003). Continuity of care: a multidisciplinary review. *British Medical Journal*, 327(7425), 1219-1221. <https://doi.org/10.1136/bmj.327.7425.1219>
- Herman, D., Conover, S., Felix, A., Nakagawa, A., et Mills, D. (2007). Critical Time Intervention: an empirically supported model for preventing homelessness in high risk groups. *The Journal of Primary Prevention*, 28(3), 295-312. <https://doi.org/10.1007/s10935-007-0099-3>
- Hwang, S. W., Guirguis-Younger, M., et McNeil, R. (2014). Homelessness & health in Canada. University of Ottawa Press/Les Presses de l'Université d'Ottawa.
- Jenkinson, J. I., Strike, C., Hwang, S. W., et Di Ruggiero, E. (2021). Nowhere to go: exploring the social and economic influences on discharging people experiencing homelessness to appropriate destinations in Toronto, Canada. *Canadian Journal of Public Health*, 112(6), 992-1001. <https://doi.org/10.17269/s41997-021-00561-0>
- Karper, L., Kaufmann, M., Millspaugh, G., Vega, E., Stern, G., Stern, G., ... et Lynch, M. (2008). Coordination of care for homeless individuals with comorbid severe mental disorders and substance-related disorders. *Journal of Dual Diagnosis*, 4(2), 142-157. <https://doi.org/10.1080/15504260802066950>
- Kasprow, W. J. et Rosenheck, R. A. (2007). Outcomes of critical time intervention case management of homeless veterans after psychiatric hospitalization. *Psychiatric Services*, 58(7), 929-935. <https://doi.org/10.1176/ps.2007.58.7.929>
- Khatana, S. A. M., Wadhwa, R. K., Choi, E., Groeneveld, P. W., Culhane, D. P., Kushel, M., et Shen, C. (2020). Association of Homelessness with Hospital Readmissions—an Analysis of Three Large States. *Journal of General Internal Medicine*, 35(9), 2576-2583. <https://doi.org/10.1007/s11606-020-05946-4>
- Kumar, G. S. et Klein, R. (2013). Effectiveness of case management strategies in reducing emergency department visits in frequent user patient populations: a systematic review. *The Journal of Emergency Medicine*, 44(3), 717-729. <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2012.08.035>

REGARDS



Crédit: Nguyen Dang Hoang Nhu

- Lako, D. A., de Vet, R., Beijersbergen, M. D., Herman, D. B., van Hemert, A. M., et Wolf, J. R. (2013). The effectiveness of critical time intervention for abused women and homeless people leaving Dutch shelters: Study protocol of two randomised controlled trials. *BMC Public Health*, 13(1), 1-12. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-555>
- Le Breton, D. (2004). *L'interactionnisme symbolique*. Presses Universitaires de France.
- MacDonald, S.-A., Côté, P.-B., Fontaine, A., Greissler, E. et Houde, S. (2021). Démarche qualitative du Deuxième portrait de l'itinérance au Québec : Regards croisés et approfondissement des connaissances. Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Narendorf, S. C. (2017). Intersection of homelessness and mental health: A mixed methods study of young adults who accessed psychiatric emergency services. *Children and Youth Services Review*, 81, 54-62. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2017.07.024>
- Stergiopoulos, V., Gozdzik, A., Nisenbaum, R., Durbin, J., Hwang, S. W., O'Campo, P., ... & Wasylenki, D. (2018). Bridging hospital and community care for homeless adults with mental health needs: outcomes of a brief interdisciplinary intervention. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 63(11), 774-784. <https://doi.org/10.1177/0706743718772539>
- Strauss, A. (1992). *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme*. L'Harmattan.
- Susser, E., Valencia, E., Conover, S., Felix, A., Tsai, W. Y., et Wyatt, R. J. (1997). Preventing recurrent homelessness among mentally ill men: a "critical time" intervention after discharge from a shelter. *American Journal of Public Health*, 87(2), 256-262. <https://doi.org/10.2105/ajph.87.2.256>
- Tomita, A. et Herman, D. B. (2012). The impact of critical time intervention in reducing psychiatric rehospitalization after hospital discharge. *Psychiatric Services*, 63(9), 935-937. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201100468>
- Tyler, K. A., & Wright, J. D. (2019). Homelessness and Sexual Assault. Dans W. T. O'Donohue et P. A. Schewe (dir.), *Handbook of Sexual Assault and Sexual Assault Prevention* (p. 693-707). Springer Cham. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-23645-8>



REGARDS

Crédit: Tony Lee

Rôles professionnels en pandémie de COVID-19

Reconnecter à l'essence de sa mission

REGARDS

Léonie Archambault

Professionnelle de recherche, Équipe de soutien clinique
et organisationnel en dépendance et itinérance
Candidate au doctorat, Université de Sherbrooke

Yan Ferguson

Professionnel de recherche, Équipe de soutien clinique
et organisationnel en dépendance et itinérance,
Institut universitaire sur les dépendances (IUD)

Nadia Giguère

Chercheuse universitaire en établissement et professeure
associée, Département de médecine de famille et de médecine
d'urgence, Université de Montréal
Membre du CREMIS

Vincent Wagner

Chercheur universitaire en établissement,
Institut universitaire sur les dépendances (IUD)
Professeur associé, Département des sciences de la santé
communautaire, Université de Sherbrooke

Mathieu Isabel

Médecin de famille, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal
Professeur adjoint, Département de médecine de famille et de
médecine d'urgence, Université de Montréal
Praticien-chercheur, CREMIS
Membre du CREMIS

Karine Hudon

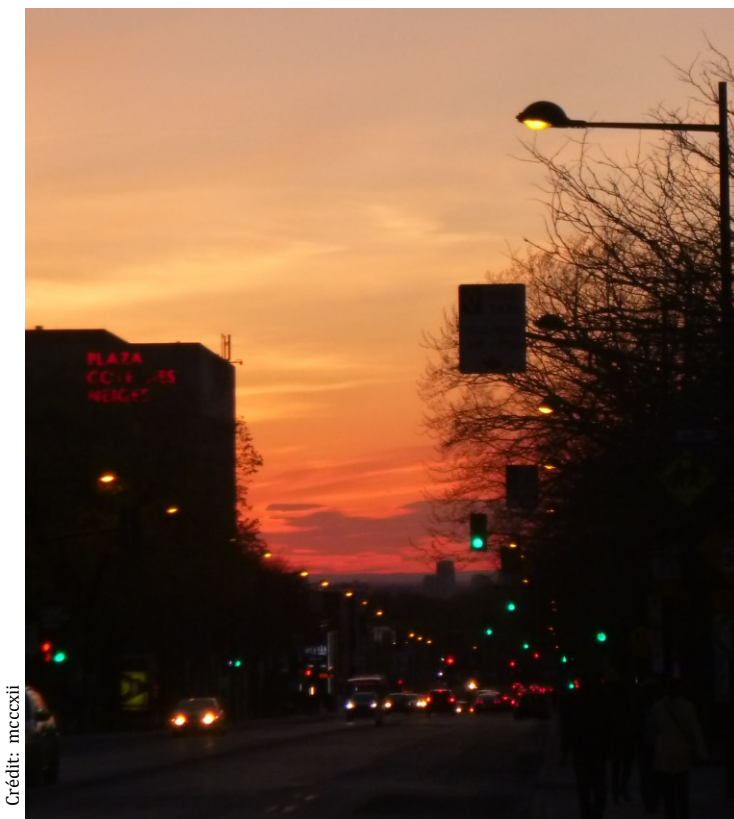
Coordonnatrice, Équipe de soutien clinique et organisationnel
en dépendance et itinérance, Institut universitaire sur les
dépendances (IUD)

Guillaume Ouellet

Chercheur universitaire en établissement et professeur associé,
Département de sociologie, Université du Québec à Montréal
Membre du CREMIS

Marie-Ève Goyer

Professeure agrégée, Département de médecine familiale
et médecine d'urgence, Université de Montréal
Membre du CREMIS



Crédit: mcccxi

« S'isoler chez soi » : face à la pandémie de COVID-19 qui a frappé l'ensemble de la planète au printemps 2020, les personnes en situation d'itinérance (PESI) ne disposaient pas des ressources nécessaires, comme un logement, un soutien social et un revenu adéquats, pour appliquer cette principale recommandation des autorités pour assurer la sécurité de la population. Les catastrophes, comme celle-ci, constituent une perturbation majeure de l'équilibre social, résultant d'un événement ou d'un phénomène menaçant (Perry, 2018). Dans un tel contexte, les stratégies développées par les autorités pour protéger la population sont souvent conçues en fonction de critères normatifs, associés au mode de vie de la classe moyenne (Park et Miller, 2006). Les personnes marginalisées, comme les PESI, sont ainsi plus vulnérables que les autres aux impacts négatifs de ces événements (Reid, 2013; Zolopa et al., 2021).

Le présent article décrit comment un groupe de cliniciens et gestionnaires s'est mobilisé au mois de mars 2020 à Montréal, pour mettre en œuvre une unité d'isolement visant à répondre aux besoins des PESI, ainsi qu'aux impératifs de santé publique, en contexte de pandémie de COVID-19. L'élaboration d'une réponse d'urgence implique la mobilisation rapide de ressources humaines et matérielles, la plupart du temps hors des processus organisationnels standards, entraînant parfois un bousculement et un

brouillage des rôles et des relations interprofessionnelles (Butler et al. 2021). Nous examinons ces rôles et relations interprofessionnelles au sein de cette structure d'urgence, en analysant la perspective des professionnel·les à travers trois grands thèmes : l'innovation, le vécu partagé, et le travail interdisciplinaire.

Méthode de collecte et d'analyse des données

Cet article présente le résultat de neuf entrevues individuelles réalisées avec des gestionnaires impliqué·es dans le déploiement de l'unité d'isolement ainsi que quatre entrevues de groupe menées séparément auprès de médecins (n=4), d'infirmiers·ères (n=6) et d'intervenant·es psychosociaux·ales (n=7, scindé·es en deux groupes). La collecte de données avait pour objectifs de documenter la perspective de ces gestionnaires et professionnel·les sur le développement et le fonctionnement de l'unité d'isolement. Les verbatim ont été transcrits et soumis à une analyse thématique de contenu (Paillé et Mucchielli, 2012).

Innovation

Dans plusieurs milieux d'intervention, la flexibilité des structures administratives nécessaire à la gestion de la COVID-19 a favorisé de nombreuses innovations pour répondre aux besoins des personnes marginalisées. La situation pandémique a forcé des décideuses et gestionnaires à assouplir certains règlements, notamment dans le champ des troubles liés à l'utilisation de substances, afin de minimiser les obstacles au traitement et prévenir les surdoses (Collège des médecins du Québec, 2020; Samuels et al., 2020). Un tel contexte a ainsi laissé émerger des possibilités d'innovation et des zones de flexibilité dans le déploiement de l'unité d'isolement.

« Je pense qu'on est encarcené dans un genre de structure très, très rigide, régie par des règles étouffantes, mais quand on laisse la créativité des intervenants s'exprimer pour se fédérer autour d'un projet comme ça, c'est là qu'on retire des résultats qui sont intéressants et c'est là qu'on va faire de l'innovation, pas dans un contexte où chaque initiative doit être prise par en haut. » (Intervenant·e)

L'unité d'isolement a été implantée dans des locaux de l'ancien hôpital Royal Victoria, prêtés au CIUSSS du Centre-Sud-de-l'île-de-Montréal (CCSMTL) par le Centre universitaire de santé McGill. Elle avait pour mandat de permettre l'hébergement et d'offrir des soins et des services psychosociaux de base aux PESI déclarées positives à la COVID-19, ou en attente des résultats d'un test de dépistage, et qui présentaient une consommation de substances psychoactives ne permettant pas d'assurer un séjour sécuritaire au sein des autres structures d'isolement mises en place par les autorités, notamment les hôtels réquisitionnés (Kiely et al., 2020). Pour s'assurer que les personnes restent à l'unité durant toute la période d'isolement, et que leurs besoins puissent être pris en charge dans



Crédit: mcccxi

REGARDS

le respect de leur dignité et de leur autonomie, plusieurs services ont été mis à leur disposition, comprenant un ensemble de pratiques innovantes en dépendance. Elles bénéficiaient d'une chambre et de divertissements, comme une télévision, des livres ou des jeux. Leurs animaux de compagnie pouvaient être pris en charge si nécessaire, et des programmes de pharmacothérapie de remplacement (dits « safer supply »), de gestion de la consommation de tabac, de cannabis et d'alcool, et d'injection supervisée ont été mis sur pied. Des services de gestion de la prestation d'aide sociale, de soins de santé physique et mentale, ainsi que des services psychosociaux (notamment destinés à la préparation de la sortie et à l'arrimage avec les soins de santé et de services sociaux appropriés¹) leur ont également été offerts.

Pour les professionnel·les, ces pratiques innovantes redonnent du sens à leur rôle en leur permettant d'accompagner la personne plus humainement.

« Ça permet vraiment, humainement, d'accueillir les gens dans ce qu'ils sont, et ça change le paradigme [...]. De fournir de manière sécuritaire, en présence d'un intervenant, des opioïdes ou une bière, ça génère vraiment d'autres choses. On passe à un autre mode de relation, on n'est plus sur le traitement de la dépendance, on est sur l'accompagnement de la personne dans ce qu'elle vit, fait qu'on est beaucoup plus à même d'adresser des souffrances. » (Gestionnaire-clinicien·ne)

Vécu partagé

« [...] on n'était pas pris dans des évaluations, dans la paperasse, c'était plus le besoin quotidien, je pense que c'est ça qui nous a permis de créer des liens aussi, puis que le séjour se soit bien déroulé. » (Intervenant·e)

« Pour les intervenant·es, le fait d'être moins sollicité·es qu'à l'ordinaire pour des tâches administratives et bureaucratiques et principalement concentré·es sur le partage informel des activités du quotidien avec les usagers·ères, a également représenté une occasion de redonner un sens à la relation d'aide. »



Crédit: Franco Bellavita

REGARDS

« Ça permettait de reconnecter à l'essence même de notre mission et de notre passion pour l'intervention. » (Intervenant-e)

Les professionnel·les impliqué·es au sein de l'unité ont misé sur une approche de milieu de vie et de vécu partagé, qui passe par l'accompagnement vers l'atteinte d'objectifs, grâce au « faire avec » (Daigle et al., 2018). La notion de vécu partagé constitue traditionnellement le socle de l'intervention psychoéducative et un aspect identitaire important de cette discipline du domaine psychosocial.

Ils et elles voyaient dans cette période de partage du quotidien une occasion de relier des personnes marginalisées au système de santé et de services sociaux, afin de leur offrir des soins et services. Pour les intervenant·es, le fait d'être moins sollicité·es qu'à l'ordinaire pour des tâches administratives et bureaucratiques et principalement concentré·es sur le partage informel des activités du quotidien avec les usagers·ères, a également représenté une occasion de redonner un sens à la relation d'aide. Cette intervention en contexte de crise a permis de faire tomber des éléments jugés superflus et imposés par la structure administrative (comme l'administration d'outils d'évaluation standardisés ou la compilation de statistiques), offrant aux professionnel·les la possibilité de se reconnecter avec l'essence de leurs rôles (Côté et al., 2019).

Cependant, la volonté d'offrir un milieu de vie n'est pas sans ambiguïté lorsqu'elle s'inscrit dans les locaux d'un ancien hôpital et que l'unité d'isolement est caractérisée par une forte présence médicale et infirmière. Un sentiment d'ambivalence a ainsi accompagné plusieurs professionnel·les, tout au long de la durée de vie de l'initiative.

« [O]n était tout le temps entre "qu'est-ce qui est médical? Jusqu'où on va? Qu'est-ce qui est psychosocial? Qu'est-ce qui fait partie de la réadapt' milieu de vie?" » (Co-gestionnaire)

Pour d'autres professionnel·les, leur implication à l'unité d'isolement a été caractérisée par les défis de

la transition d'une posture d'intervention à une posture d'accompagnement, inscrite dans l'approche de vécu partagé. Ce changement de posture a notamment amené certain·es médecins, à réfléchir à leur rôle au sein de la structure.

« [D]'habitude les gens cognent à ma porte, puis me demandent de l'aide, puis ils ont une raison de consultation. Là, ils étaient pognés avec moi, puis ils étaient forcés, puis il y en a plein qui voulaient rien savoir, fait que c'était plus moi qui leur faisais la petite danse de charme [...]. Fait que c'était vraiment comme un... c'était très inversé par rapport à d'habitude, c'est moi qui proposais des choses aux gens, versus les gens qui avaient des raisons de consultation. » (Médecin)

Au-delà de cette réflexivité, les tensions entre la structure des soins et services offerts et l'identité professionnelle ont également exigé un travail de redéfinition de leurs rôles, de leurs tâches et de leurs façons de faire : une redéfinition qui a pu s'avérer difficile dans le contexte flou et évolutif d'une réponse d'urgence.

Interdisciplinarité

Au cœur du récit sur la mise en œuvre de l'unité d'isolement se trouve également la notion de collaboration interprofessionnelle. Au plan théorique, celle-ci est définie comme un processus de « cotransformation de soi et de l'autre à la faveur de contacts soutenus » visant à coordonner les actions pour mieux répondre aux besoins complexes des usagers·ères de services (Couturier et Belzile, 2018, p. 23).

La collaboration interprofessionnelle peut représenter un certain défi pour une nouvelle équipe interdisciplinaire, dans un contexte de crise. Alors que les médecins et certains gestionnaires impliqué·es dans l'initiative se connaissaient très bien et disposaient déjà d'une culture de travail commune, de nombreuses professionnel·les arrivaient d'autres milieux et secteurs d'activité, sans connaître leurs collègues.

En effet, à l'origine, le projet d'unité d'isolement a été conçu, porté et géré principalement par des médecins et des gestionnaires. Le personnel clinique interdisciplinaire, provenant en majorité du continuum dépendance et itinérance du CIUSSS CCSMTL, a ensuite été recruté sur une base volontaire. La désignation d'un *leader* clinique pour le volet psychosocial est venue plus tard, à la demande des clinicien·nes du terrain. Cette absence de représentation de certains corps professionnels (en particulier ceux du domaine psychosocial) dans le développement et la mise en œuvre du projet s'est répercutée à plusieurs étapes de son déploiement.

« C'est que là, des fois il y avait comme une confusion des rôles, des choses pas bien descendues aux intervenants et aux infirmières, puis c'était comme pas notre rôle de faire ça, comme médecins » (Médecin)

« Moi je pense que dans un contexte comme celui-là, il y a une notion d'organisation du travail qui est hyper importante à prévoir, à mettre en place. Ça nous a laissé beaucoup de responsabilités, comme équipe, à s'autogérer [...] quand c'est tout le monde qui fait tout, à un moment donné c'est possible aussi que ce ne soit personne qui fasse rien » (Intervenant·e psychosocial·e)

Ainsi, la distribution inégale du pouvoir aux premières étapes de la conception et de la mise en œuvre de l'initiative semble avoir contribué à la confusion des rôles par la suite. À cet effet, il ne faudrait pas sous-estimer l'impact qu'aurait pu avoir une gestion plus inclusive pour le développement d'une culture professionnelle plus participative (Couturier et Belzile, 2018). Concrètement, l'intégration de toutes les disciplines professionnelles à toutes les étapes du déploiement de l'unité aurait pu contribuer à clarifier plus rapidement les rôles dans l'équipe interdisciplinaire, ainsi qu'à faire remonter les préoccupations cliniques de toutes les disciplines vers les décideurs·euses, en temps réel.



Crédit: Mark Landman

De plus, la collaboration interprofessionnelle implique un processus dont le temps est un ingrédient clé pour apprendre à travailler ensemble et à se faire confiance (Poder et al., 2018). Alors qu'il est particulièrement important pour une nouvelle équipe de prévoir plus de rencontres pour favoriser la collaboration interprofessionnelle (Couturier et Belzile, 2018), de tels processus d'échanges formalisés peuvent être difficiles à instaurer en contexte de crise, où le temps est une ressource peu disponible.

« [...] on avait peu de temps formel en réunion, on n'avait pas non plus de discussion de cas cliniques, de discussion clinique sur les patients [...]. Fait que les discussions qu'on avait étaient souvent informelles sur le coin du bureau [...] » (Infirmier·ère)

Malgré ces enjeux de structure et de processus, l'analyse des entrevues permet toutefois de faire émerger des attitudes favorables à la collaboration interprofessionnelle, notamment la flexibilité et la volonté de collaboration, à travers le partage d'une philosophie d'intervention et d'objectifs communs.

« [...] on a essayé de créer des choses vraiment le fun, de connaître les autres intervenants, connaître leur réalité, puis bénéficier de leur expertise aussi » (Médecin)

« [C]'est un service qui aurait pu être très, très difficile à vivre si ça n'avait pas été des gens qui déjà travaillent avec une clientèle plus marginalisée, parce que veut, veut pas, on est teinté de nos valeurs, de nos croyances, et ça, c'est un grand bout de travail qu'il y a pas eu à faire. L'équipe qui est venue en place arrivait déjà avec une longueur d'avance. » (Intervenant·e)

Le contexte d'urgence semble avoir aussi contribué à l'assouplissement des frontières professionnelles et cliniques, en favorisant le partage des pratiques et l'adoption de rôles qui dépassent les descriptions de tâches.

« Des professionnels en psychoéducation, en travail social, en sexo, en crimino... Ce n'est pas les gens que tu imagines les premiers à être volontaires pour faire des lits en série. [...] Bien, câline! Ça opérait! J'ai rarement vu des lits se faire aussi vite que ça! » (Gestionnaire)

Enfin, les relations développées entre les professionnel·les de l'unité d'isolement semblent avoir le potentiel de contribuer à des partenariats qui se poursuivront dans le temps.

« Ç'a été vraiment le fun en termes d'échanges, de partage de pratiques, puis aussi, maintenant, quand on va s'appeler, on va se connaître et on va se faire confiance parce qu'on connaît aussi notre éthique de travail et on sait qu'on a été capables de créer et d'innover, tout le monde ensemble. » (Gestionnaire-clinicien)

Chamboulements

Le chamboulement des rôles professionnels usuels dans le contexte pandémique a été mis en relief dans des publications récentes (Brubaker, 2020; Butler et al., 2021). Ces chamboulements représentent soit une source d'aliénation, soit une opportunité pour redonner du sens à la pratique (Butler et al., 2021). Dans le cadre de l'analyse de la perspective des professionnel·les impliqué·es dans l'unité d'isolement COVID-19 du Royal Victoria, le développement de pratiques innovantes, l'approche inspirée du vécu partagé, et les collaborations interprofessionnelles fondées sur le partage d'une vision commune des objectifs et des philosophies d'intervention semblent avoir contribué à reconnecter les professionnel·les à l'essence de leur mission. Les résultats mettent cependant en relief quelques écueils, dont l'importance d'impliquer dès le départ toutes les parties prenantes et de clarifier leurs rôles. Ce, afin de favoriser une distribution équitable du pouvoir et de contribuer à réduire le sentiment d'aliénation professionnelle dans un contexte de crise.

En fin de compte, l'étude des rôles et relations interprofessionnelles au sein de l'unité d'isolement présente une analyse circonscrite à un contexte très spécifique, dont les résultats ne sont pas nécessairement transposables ou généralisables. Toutefois, les constats tirés de l'étude permettent de contribuer au débat plus large sur l'organisation du travail et la prestation de services dans un système sociosanitaire axé sur la logique d'efficacité, ne permettant pas toujours de tenir compte de la complexité du phénomène de l'itinérance, ni d'offrir un accompagnement basé sur le lien relationnel (Côté et al., 2020). L'expérience des professionnel·les impliqué·es dans l'initiative du Royal Victoria s'inscrit en contraste avec cette logique, offrant des pistes de réflexion pour leur permettre de reconnecter à l'essence de leur mission.

Notes

1. Pour en savoir plus sur la planification de sortie et la continuité des services, voir l'article de Côté et MacDonald (2022), *Favoriser la continuité : des activités de liaison post-hospitalières auprès des personnes en situation d'itinérance*, dans le présent numéro.

Références

- Brubaker, L. (2020). Women Physicians and the COVID-19 Pandemic. *JAMA*, 324 (9), 835-836. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.14797>
- Butler, C. R., Wong, S. P. Y., Vig, E. K., Neely, C. S. et O'Hare, A. M. (2021). Professional roles and relationships during the COVID-19 pandemic: a qualitative study among US clinicians. *BMJ Open*, 11(3), e047782. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-047782>
- Collège des médecins du Québec. (2020). *Trouble lié à l'utilisation d'opioïdes (TUO) : prescription d'un traitement par agonistes opioïdes (TAO) durant la pandémie*. <http://www.cmq.org/page/fr/covid-19-trouble-lie-a-l-utilisation-d-opioïdes-tuo-prescription-d-un-traitement-par-agonistes-opioïdes-tao-durant-la-pandemie.aspx>
- Côté, P.-B. et MacDonald, S.-A. (2022). Favoriser la continuité : des activités de liaison post-hospitalières auprès des personnes en situation d'itinérance. *Revue du CREMIS*, ce numéro.
- Côté, P.-B., Renard-Robert, G. et MacDonald, S.-A. (2020). « C'est pour eux que je travaille » : Étude de cas sur le pouvoir d'agir des professionnels œuvrant auprès de personnes en situation d'itinérance. *Revue canadienne de service social*, 37(1). <https://doi.org/10.7202/1069980ar>
- Côté, P.-B., MacDonald, S.-A. et Renard-Robert, G. (2019). L'intervention auprès de populations marginalisées et nouvelle gestion publique : renverser la subordination. *Pouvoirs d'agir*, 11(2). <https://www.cremis.ca/publications/articles-et-medias/l'intervention-aupres-de-populations-marginalisees-et-nouvelle-gestion-publique-renverser-la-subordination/>
- Couturier, Y. et Belzile, L. (2018). *La collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux*. Les Presses de l'Université de Montréal.
- Daigle, S., Couture, C., Renou, M., Potvin, P. et Rousseau, M. (2018). Le vécu partagé, une notion fondatrice qui appelle un consensus à actualiser. *Revue de psychoéducation*, 47(1), 111-133. <https://doi.org/10.7202/1046774ar>
- Kiely, M., Bouchard, F., Gilca, V., Sicard, N. et Sauvageau, C. (2020). *Mesures à mettre en place pour les hôtels qui accueilleront des personnes en isolement volontaire ou obligatoire (asymptomatiques) ou des personnes atteintes de COVID-19 ou sous investigation qui ne peuvent être isolées à la maison*. Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/covid/2963-mesures-hotels-accueillent-personnes-isolement-covid19.pdf>
- Paillé, P. et Mucchielli, A. (2012). Chapitre 11 - L'analyse thématique. Dans *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (p. 231-314). Armand Colin. <https://doi.org/10.3917/arco.paill.2016.01>
- Park, Y. et Miller, J. (2006). The Social Ecology of Hurricane Katrina. *Smith College Studies in Social Work*, 76(3), 9-24. https://doi.org/10.1300/J497v76n03_02
- Perry, R. W. (2018). Defining Disaster: An Evolving Concept. Dans H. Rodriguez, W. Donner et J. Trainor (dir.), *Handbook of disaster research*. Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-319-63254-4_1
- Poder, T. G., Carrier, N. et Bédard, S. (2018). Measuring interdisciplinarity in clinical practice with IPC59, a modified and improved version of IPC65. *PLoS One*, 13(7), e0197484. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0197484>
- Reid, M. (2013). Disasters and Social Inequalities. *Sociology Compass*, 7(11), 984-997. <https://doi.org/10.1111/soc4.12080>
- Samuels, E. A., Clark, S. A., Wunsch, C., Jordison Keeler, L. A., Reddy, N., Vanjani, R. et Wightman, R. (2020). Innovation During COVID-19: Improving Addiction Treatment Access. *Journal of Addiction Medicine*, 14(4), e8-e9. <https://doi.org/10.1097/ADM.0000000000000685>
- Zolopa, C., Hoj, S., Bruneau, J., Meeson, J.-S., Minoyan, N., Raynault, M.-F., Makarenko, I. et Larney, S. (2021). A rapid review of the impacts of "Big Events" on risks, harms, and service delivery among people who use drugs: Implications for responding to COVID-19. *International Journal of Drug Policy*, 92, 103127. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2021.103127>

Soins et pouvoirs

DOSSIER

Décoloniser le système de santé

Contester le pouvoir médical

**Expériences de violence conjugale chez
les femmes en situation de handicap**



Crédit: Nguyen Dang Hoang Nhu

Aperçu des travaux du Cercle consultatif en santé des Autochtones de Montréal

Décoloniser le système de santé

Stéphanie Héroux Brazeau est coordonnatrice du Cercle consultatif en santé des Autochtones de Montréal. Le texte qui suit est la version retravaillée, par l'équipe de rédaction de la Revue du CREMIS, d'une entrevue que Stéphanie Héroux Brazeau nous a accordée pour l'épisode #28 de Sur le vif, le balado du CREMIS¹.

DOSSIER

Crédit: Meggyn Pomerleau



Pouvez-vous nous présenter le mandat et le rôle du Cercle et les raisons qui ont mené à sa création?

Le Cercle s'inspire d'une initiative similaire à Toronto, le *Toronto Indigenous Health Advisory Circle*, créé en 2015 et issu de la collaboration entre des chefs autochtones et des organismes de santé non autochtones². Ce mandat arrive également en réponse à la Commission d'enquête Viens³, qui a nommé à plusieurs reprises le fait que les personnes autochtones vivent des situations de racisme et de discrimination au sein même du système de santé.

Le Cercle a été officiellement fondé en 2019 et fonctionne en collaboration entre des organisations autochtones et les membres de plusieurs CIUSSS, qui se rencontrent sur une base régulière, et parlent des sujets qui touchent la communauté. L'objectif est de prendre des décisions par et pour les personnes autochtones, de porter honneur à leur voix et de reconnaître qu'ils et elles sont les seuls et uniques expert-es de leur réalité, et donc nécessairement capables de développer des solutions qui leur conviennent. Le Cercle fait également des recommandations plus larges à La Table d'accessibilité locale aux services sociaux et de santé pour les Autochtones à Montréal, co-présidée par un membre de la communauté et un membre du CIUSSS, et dont la plupart des membres sont des hôpitaux, des CIUSSS et des représentant-es de la ville de Montréal, du gouvernement québécois et du gouvernement fédéral.

La Table et le Cercle : éléments de contexte

En 2017, le CIUSSS Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal reçoit un mandat officiel du MSSS de mettre sur pied une « Table locale » à Montréal portant sur l'accessibilité aux services en santé et services sociaux pour les Autochtones à Montréal⁴.

En 2018-2019, les organismes autochtones et les 10 établissements montréalais de la santé et des services sociaux membres de la Table décident que sa co-présidence serait assurée par le CIUSSS Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal et le RÉSEAU de la communauté autochtone de Montréal. La « Table locale d'accessibilité aux services en santé et services sociaux en milieu urbain pour les Autochtones à Montréal » est ainsi mise sur pied. Elle a le mandat de mettre en place des mesures concertées entre les établissements, et ce, afin de répondre de manière concertée aux besoins des Autochtones à Montréal.

Ses travaux sont alimentés par le Cercle consultatif en santé des Autochtones de Montréal, un comité consultatif central dans la gouvernance des soins destinés aux Autochtones à Montréal.

Qu'est-ce qui vous a amené à assumer les fonctions de coordonnatrice du Cercle consultatif en santé des Autochtones à Montréal?

En 2020, suite au décès de Joyce Echaquan, le gouvernement du Québec a annoncé un budget de 15 millions de dollars afin d'améliorer la sécurité culturelle des personnes autochtones. Cette initiative gouvernementale s'inscrivait en continuité d'autres travaux visant à favoriser la prestation de soins plus équitables pour les Autochtones. Dans la foulée des travaux menés à Montréal, un mandat a été confié au RÉSEAU de la communauté autochtone à Montréal pour soutenir la Table et le Cercle.

Le RÉSEAU m'a proposé d'être coordonnatrice du Cercle à cause de mon expérience en tant que navigatrice en santé⁵. Pendant un an, j'ai fait de l'accompagnement en santé pour les membres de la communauté autochtone urbaine de Montréal. Je les accompagnais dans leurs rendez-vous médicaux, je faisais le suivi avec les professionnel·les de la santé : j'ai une vision de terrain des besoins de la communauté, de ce que les personnes autochtones vivent lorsqu'elles accèdent à ces services.

Pour moi, c'est vraiment important d'améliorer les services de santé, plus spécifiquement pour les personnes autochtones. En tant qu'ancienne navigatrice autochtone en santé et membre de la communauté, je sais qu'il y a une grande réticence, une grande résistance, des personnes autochtones à accéder aux services de santé, parfois même en cas de vie ou de mort : certaines personnes n'accéderont pas aux services avant que leur situation ne soit devenue vraiment critique.

En voyant cela, j'ai voulu aider ma communauté. Ce sont des travaux difficiles, parce qu'on ne peut pas changer un système en quelques années, même si cela fait des années que la communauté dénonce le fait que les services ne sont pas adéquats pour les personnes autochtones. Donc j'ai voulu faire ma part là-dedans. Je trouve que c'est important d'améliorer la qualité de vie des personnes autochtones. C'est leur territoire, c'est grâce à elles que l'on est capable de vivre de ce territoire-là aujourd'hui, donc je pense qu'avoir des résultats égaux entre les autochtones et les allochtones, c'est juste quelque chose de normal, ça ne devrait pas être le contraire.

Joyce Echaquan

Joyce Echaquan est une femme atikamekw, décédée dans un hôpital québécois en septembre 2020, dans des circonstances tragiques impliquant de mauvais traitements de la part du personnel soignant. Selon le rapport d'enquête de la coroner Géhane Kamel (2020) : « Le racisme et les préjugés auxquels Mme Echaquan a fait face ont certainement été contributifs à son décès. » (p. 20).



Crédit: mcccxi

DOSSIER

Pouvez-vous nous parler un peu plus de votre travail au RÉSEAU?

Une grande partie de mon travail est de rassembler les membres et de faciliter les rencontres, pour m'assurer que leurs points de vue sont entendus et qu'on est capable d'en arriver à un consensus. Je m'implique beaucoup à la coordination de la Table également. Les travailleurs-euses des CIUSSS ont souvent l'intention de bien faire les choses, mais cela ne signifie pas nécessairement qu'ils et elles ont les connaissances et les outils pour cela. Mon rôle est de leur fournir ces outils-là, le plus d'informations possible, pour faciliter l'échange entre les CIUSSS et la communauté autochtone.

D'autres projets sont mis en place suite aux recommandations du Cercle. Nous coordonnons par exemple un groupe de travail sur la formation sur la sécurité culturelle, donnée par l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue (UQAT). Nous nous rencontrons pour définir des priorités de formation pour les travailleurs-euses en santé, et nous mandations l'UQAT pour qu'elle leur fournisse cette formation. Parmi nos projets en cours, nous développons la composante Inuit, qui est une dimension complémentaire, mais très différente de celle de la sécurité culturelle des Premières Nations.

D'une façon plus générale, je travaille sur tout ce qui est en lien avec les changements systémiques, la santé et les services sociaux.

DOSSIER

Creditt: JBL



Pouvez-vous nous parler de ce qui se passe présentement dans les communautés autochtones de Montréal?

Les personnes autochtones ne se sentent pas à l'aise dans le réseau de la santé. Dans les dernières années, il y a eu plusieurs cas où des membres de la communauté qui avaient un mode de vie plus proche de la rue ont catégoriquement refusé d'aller consulter, d'aller chercher de l'aide pour une blessure ou une maladie, ont refusé des traitements. Ça a mené à des conséquences graves, telles que la mort. Pour nous, c'est vraiment inquiétant de voir que les personnes vont aller jusqu'à refuser complètement des services, c'est un signe que le système n'est pas sécuritaire, qu'elles préfèrent voir leur état s'empirer plutôt que d'y faire appel.

Le Cercle essaie de mettre en place de nouvelles pratiques, des projets, des programmes. Les Navigateurs et Navigatrices, un projet initié par les organisations autochtones qui reprend le rôle que j'avais il y a des années, ça fonctionne. Les personnes se sentent à l'aise lorsqu'elles sont accompagnées, elles se sentent moins seules. Quelqu'un est là pour elles, au cas où elles seraient confrontées à une situation de racisme ou de discrimination, pour faire valoir leurs droits et pour s'assurer que les professionnel·les de santé offrent un service.

C'est surtout une « solution bandage », le temps que le système de santé puisse vraiment se décoloniser, améliorer la pratique et avoir plus de formation sur les réalités autochtones, pour offrir aux personnes autochtones des services en santé adéquats et équivalents à ceux offerts à la population non autochtone. Les Navigateurs et Navigatrices, ce n'est pas une solution qui va changer le système, elle existe surtout pour répondre aux besoins de la communauté.

Qu'est-ce qui pourrait faire une différence pour changer le système?

En termes de changements systémiques, je pense qu'il faut offrir plus de formations, sur les réalités inuites, sur l'histoire des Autochtones en général, pourquoi ils et elles vivent avec beaucoup de traumatismes, pallient avec l'usage de substances ou des activités illicites. Je pense qu'il y a vraiment un contexte complexe pour les Autochtones, qui a besoin d'être compris par les professionnel·les de santé. Plus les professionnel·les développeront cette connaissance, moins leur offre de service sera teintée de préjugés et d'incompréhension.

Il y a donc beaucoup de choses qui s'organisent en ce moment pour répondre à ces enjeux, mais c'est une question de temps, d'années, avant de voir de réels changements, et de soulager la peur des membres de la communauté.



Creditt: michelle dot com

Crédit: JBL



Comment la pandémie a-t-elle affecté, ou affecte-t-elle, les membres des Premières Nations et les Inuits?

La pandémie de COVID-19 a affecté la communauté en imposant davantage de barrières. On l'a vu par exemple avec le cas de Napa André, lorsqu'il y avait le couvre-feu. Certains enjeux auxquels les membres étaient déjà confronté-es ont été exacerbés, comme le manque de sécurité culturelle, la peur, l'expérience du racisme ou de la discrimination, ou le manque d'espaces sécuritaires. Avec la COVID-19, certaines personnes n'ont presque pas eu le choix de rejoindre des unités d'isolement, parce qu'elles avaient contracté la maladie. Ça été une expérience traumatisante pour certain-es membres de la communauté. Être isolé-es de leurs familles, intégrer un système complexe, où ils et elles ne reçoivent pas de services dans leurs langues, en inuktitut, en atikamekw, en anishinaabe, ça leur rappelait souvent des traumatismes intergénérationnels. Les personnes autochtones n'ont pas la même compréhension du monde. La COVID-19 est une nouvelle maladie, et des termes comme COVID, maladie transmissible, qui sont très spécifiques au monde médical, ne seront pas compris d'emblée. D'où le besoin d'accompagnement, pour expliquer ce qu'ils signifient, quels sont les risques pour les membres de la communauté, ou pourquoi une personne doit aller en isolement.

Les capacités d'accueil des lieux qui répondent aux besoins de la communauté autochtone itinérante, comme les foyers pour femmes autochtones ou le Projet autochtone du Québec, ont également été réduites, ce qui a laissé encore plus de membres dans la rue. La pandémie a aussi eu un impact sur la santé mentale des personnes, autochtones ou non-autochtones. L'augmentation du risque de développer ou d'empirer des troubles de santé mentale sans pouvoir accéder à des services adéquats pour répondre à ces besoins a été un gros enjeu, auquel aujourd'hui encore les organisations autochtones tentent de répondre le mieux possible avec une capacité très réduite.

Ça a d'ailleurs été une période très stressante pour les travailleurs-euses des organisations autochtones. Plusieurs ont été mis-es en arrêt de travail. La situation s'est vraiment présentée comme un fardeau sur les épaules des travailleurs-euses autochtones, qui devaient travailler d'autant plus pour répondre à une communauté de plus en plus en détresse. Le RÉSEAU comme le Cercle ont essayé de dessiner des solutions par et pour les personnes autochtones, mais on en a subi encore les conséquences.

Raphaël Napa André

Au cours de l'hiver 2021, dans le cadre des mesures sanitaires visant à réduire la propagation de COVID-19, un couvre-feu de 20h à 5h a été mis en place au Québec, sanctionné par de lourdes amendes aux contrevenant-es.

Alors que l'organisme communautaire qu'il avait l'habitude de fréquenter fermait ses portes pour cause d'éclosion du virus, Raphaël Napa André, un homme Innu en situation d'itinérance à Montréal, s'est réfugié dans une cabine de toilette portative. On l'y retrouvera le lendemain, sans vie.

Suite au décès tragique de M. André, la Cour supérieure du Québec a suspendu l'application du couvre-feu pour les personnes en situation d'itinérance.

Ce résumé des événements entourant le décès de Raphaël Napa André est tiré de l'analyse de Lévesque et Tratt (2021), sur la santé et le bien-être des personnes autochtones dans le contexte de la pandémie de COVID-19. Pour en savoir plus : https://api.cremis.ca/wp-content/uploads/2021/06/ml-evesque-v2_54826172-1.pdf

DOSSIER



Crédit: Nguyen Dang Hoang Nhu

DOSSIER

Qu'aimeriez-vous partager au personnel des réseaux allochtones, qui sont susceptibles de rencontrer des personnes autochtones?

Les professionnel·les de santé ignorent parfois qu'ils et elles ont un rôle extrêmement important à jouer dans l'amélioration des résultats de santé des personnes autochtones. Reconnaître l'importance de ce rôle est l'une des premières choses à faire, en plus de s'informer sur les manières d'être de meilleur·es allié·es. Les professionnel·les de la santé allochtones sont censé·es être des allié·es pour les membres des communautés autochtones.

Il s'agit aussi de s'informer et de s'éduquer sur les réalités et l'histoire autochtone. Je ne suis pas sûre que tous·tes les professionnel·les de santé savent que la plupart des membres des communautés autochtones qui sont encore en vie aujourd'hui sont allé·es dans les pensionnats. Ça remonte à une génération avant moi, donc à vraiment pas si longtemps. Ils et elles ont dû apprendre le français, ont été arraché·es à leurs familles, et continuent de l'être à travers la Protection de la jeunesse qui sur-cible les familles autochtones, qui se font enlever leurs enfants de manière vraiment discriminatoire.

Il est donc extrêmement important de continuer à s'éduquer, à apprendre. Au RÉSEAU et au Cercle, on considère que plus on s'éduque sur l'histoire et les réalités autochtones, plus on décolonise notre façon de penser et de voir les choses. La perspective sur les personnes autochtones doit changer.



Crédit: Anthony Smith Chaigneau



Crédit: Alan Levine. Certains droits réservés ©

Il est faux de dire que nous sommes tous·tes des alcooliques, que nous sommes tous·tes dans des réserves. C'est un préjugé qui doit vraiment être défait. Peut-être aussi que le simple fait de connaître la source de ces problématiques peut aider à mieux comprendre pourquoi il y a des préjugés sur les personnes autochtones qui boivent. Ça vient de quelque part. Il s'agit donc d'un travail continu d'éducation, qui va avoir un impact direct sur l'offre de services de santé des professionnel·les allochtones, puisqu'ils et elles connaîtront un peu mieux les enjeux que les personnes autochtones essaient de défaire. Ils et elles prendront aussi un peu plus conscience du travail que font les membres des communautés pour se reconnecter avec leur culture, leur identité autochtone, qui a aussi une influence directe sur leur santé.

Je pense aussi que le système de santé et les professionnel·les pourraient reconnaître que la santé autochtone est extrêmement différente de la santé occidentale. Elle prend en considération plusieurs composantes émotionnelles, spirituelles, physiques, intellectuelles, et sexuelles. C'est une approche très holistique. Malheureusement, le système de santé occidental est plus cadré, plus cloisonné, on s'intéresse surtout à la santé physique. La conception autochtone de la santé devrait être mise davantage de l'avant, en offrant des services holistiques, des programmes par et pour les Autochtones, sur les traitements et la guérison holistiques. Avoir un centre de santé autochtone à Montréal serait également un bon pas en avant. Le Cercle travaille beaucoup à aider ses membres à développer des cliniques, comme la *Southern Québec Inuit Association*, qui a lancé sa propre clinique pour la communauté inuite. C'est une très bonne nouvelle, les personnes sauront qu'il y a au moins un endroit sécuritaire où elles peuvent aller, plutôt que de tenter leur chance et d'espérer être bien reçues dans le système actuel.

Il y a donc plusieurs changements, à plusieurs niveaux, qui peuvent être apportés, et les professionnel·les de santé jouent un rôle extrêmement actif là-dedans, en suivant des formations et en brisant les barrières qui font en sorte qu'on ne se comprend pas toujours. Tout le monde a un rôle à jouer, c'est juste une question de le jouer, finalement.



Crédit: mcccxi

DOSSIER

S'informer et agir

Le RÉSEAU a collaboré à la réalisation de plusieurs outils d'information sur les enjeux vécus par les personnes autochtones, pour soutenir l'éducation, la réflexion et la transformation des pratiques des personnes allochtones.

La « Trousse d'outils pour les alliées aux luttes autochtones » offre des pistes de réflexion et d'action aux personnes qui souhaitent « créer un impact positif et durable pour les Autochtones vivant à Montréal » et mieux « comprendre le rôle qu'un individu occupe et joue dans une expérience collective » (RÉSEAU de la communauté autochtone, 2019b, p.2).

La « Boîte à outils décoloniale » propose un parcours d'auto-formation pour en apprendre plus sur les réalités autochtones et accompagner la réflexion des personnes non autochtones sur leur rôle en tant que descendant-es des colonisateurs-trices. (Bureau de l'engagement Communautaire de l'Université Concordia, Mikana et RÉSEAU, 2022).

Trousse d'outils pour les alliées aux luttes autochtones : <https://reseau.mt.network.com/wp-content/uploads/2019/02/Trousse.pdf>

Boîte à outils décoloniale : <https://reseau.mt.network.com/fr/boite-a-outils-decoloniale/>

Notes

1. L'entretien a été réalisé et animé par Rachel Benoit, le 2 juin 2022. Le texte a été retravaillé par Chloé Couvy, Rachel Benoit, Julie Cunningham et Nicolas Sallée.

2. Pour en savoir plus, voir : Toronto Indigenous Health Advisory Circle, National Collaborating Centre for Determinants of Health, MUSKRAT Media. (2019). *Le Toronto Indigenous Health Advisory Circle (TIHAC) : Favoriser les stratégies axées sur l'autodétermination en matière de santé des Autochtones*.

3. La Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics : écoute, réconciliation et progrès, ou Commission Viens, constituée en 2016, a pour mandat de faire des recommandations sur les actions concrètes et durables à mettre en place par le gouvernement du Québec et les autorités autochtones pour prévenir et éliminer les pratiques discriminatoires dans la prestation des services publics aux Autochtones du Québec (Gouvernement du Québec, 2019). Le rapport final est disponible à l'adresse suivante :

https://www.cerp.gouv.qc.ca/fileadmin/Fichiers_clients/Rapport/Rapport_final.pdf

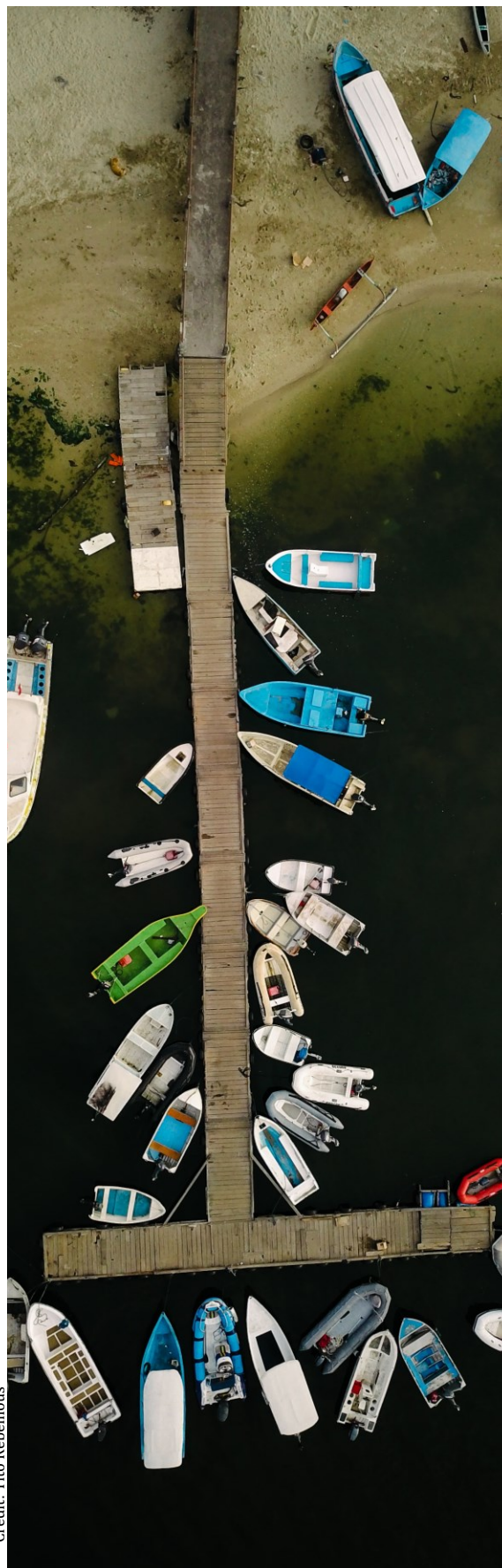
4. Pour en savoir plus sur le mandat et la composition des Tables locales et centrale d'accessibilité aux services en milieu urbain pour les Autochtones, voir le Cadre de référence sur l'accessibilité aux services en milieu urbain pour les Autochtones, déposé devant la Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics (Commission Viens) :

https://www.cerp.gouv.qc.ca/fileadmin/Fichiers_clients/Documents_deposes_a_la_Commission/P-198.pdf

5. Les Navigateurs et Navigatrices autochtones en santé est un service culturellement adapté, par et pour la communauté autochtone. Les navigateurs-trices accompagnent les personnes aux rendez-vous chez le médecin et à l'urgence et les aident à naviguer dans le système de santé et de services sociaux du Québec, qui demeure souvent inaccessible à la communauté autochtone. (RÉSEAU de la communauté autochtone à Montréal, 2019a)

Références

- Bureau de l'engagement communautaire de l'Université Concordia, Mikana et RÉSEAU de la communauté autochtone à Montréal. (2022). *La Boîte à outils décoloniale. Parcours éducatif*. <https://reseaumtlnetwork.com/fr/boite-a-outils-decoloniale/>
- Cadre de référence. Accessibilité aux services en milieu urbain pour les Autochtones. Tables locales et centrale. (2017). https://www.cerp.gouv.qc.ca/fileadmin/Fichiers_clients/Documents_deposes_a_la_Commission/P-198.pdf
- Gouvernement du Québec. (2019). *Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics : écoute, réconciliation et progrès. Rapport final*. https://www.cerp.gouv.qc.ca/fileadmin/Fichiers_clients/Rapport/Rapport_final.pdf
- Kamel, G. (2020). *Rapport d'enquête. Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès pour la protection de la vie humaine concernant le décès de Joyce Echaquan*. 2020-00275. Bureau du coroner du Québec. https://www.coroner.gouv.qc.ca/fileadmin/Enquetes_publicques/2020-EP00275-9.pdf
- Lévesque, M. et Tratt, E. (2021). *Santé et bien-être des personnes autochtones : égalité des fins, asymétrie des moyens*. Centre de recherche de Montréal sur les inégalités sociales, les discriminations et les pratiques alternatives de citoyenneté (CREMIS). https://api.cremis.ca/wp-content/uploads/2021/06/ml-evesque-v2_54826172-1.pdf
- RÉSEAU de la communauté autochtone à Montréal. (2019a). *Rapport annuel 2018-2019*. <https://reseaumtlnetwork.com/wp-content/uploads/2020/01/Rapport-annuel-2018-2019.pdf>
- RÉSEAU de la communauté autochtone à Montréal. (2019b). *Trousse d'outils pour les alliées aux luttes autochtones*. <https://reseaumtlnetwork.com/wp-content/uploads/2019/02/Trousse.pdf>
- Toronto Indigenous Health Advisory Circle, National Collaborating Centre for Determinants of Health, MUSKRAT Media. (2019). *Le Toronto Indigenous Health Advisory Circle (TIHAC) : Favoriser les stratégies axées sur l'auto-détermination en matière de santé des Autochtones*. Antigonish, NS: National Collaborating Centre for Determinants of Health, St. Francis Xavier University. https://nccdh.ca/images/uploads/comments/NCCDH-The-toronto-indigenous-health-advisory-circle-%28TIHAC%29-advancing-self-determined-indigenous-health-strategies_FR.pdf



Crédit: Tito Rebellious

Médecine sociale et santé communautaire en quartiers populaires Retour sur les années 1970 au Québec et en France

Contester le pouvoir médical

Audrey Mariette

Maîtresse de conférences en science politique, Université Paris 8

*Membre du Centre de recherches sociologiques et politiques de Paris (CRESPPA),
équipe Cultures et sociétés urbaines (CSU)*

Laure Pitti

Maîtresse de conférences en sociologie, Université Paris 8

*Membre du Centre de recherches sociologiques et politiques de Paris (CRESPPA),
équipe Cultures et sociétés urbaines (CSU)*

DOSSIER

« Les barrières entre les professions étaient tellement rigides à l'époque que nos pratiques étaient vraiment alternatives [à la clinique communautaire Pointe-Saint-Charles]! Nous réalisions énormément de visites à domicile pour voir les patients qui ne pouvaient pas se déplacer. [...] La clinique était accessible 24 heures par jour. Maintenir un lien de proximité constituait un principe de base. [...] Il y avait clairement des visées politiques aux objectifs de la clinique : changer le système de santé, bien sûr, mais aussi transformer toute la société prise au piège du capitalisme. » Lorraine Guay, organisatrice communautaire puis infirmière à la clinique Pointe-Saint-Charles de 1972 à 1987, disparue le 17 juin 2022 (Dufour et Guay, 2019, p. 80-81)

La récente pandémie de Covid-19 est venue rappeler la permanence des inégalités sociales en matière de santé dans les pays capitalistes, en Amérique du Nord et en Europe. Elle a aussi montré le rôle des actrices du secteur médico-social à l'échelle locale et l'importance de la santé publique et des pratiques de prévention dans la gestion de la crise sanitaire face aux limites des modèles médicaux dominants, en France comme au Québec, centrés sur l'hôpital et sur la médecine libérale, curative et bioclinique. Pourtant, des formes alternatives à ces modèles existent, en premier lieu sous la forme de centres de santé pluri-professionnels (rattachés au réseau public de la santé et des services sociaux dans le cas du Québec, associatifs ou municipaux dans le cas de la France). Ces centres associent missions curatives et préventives, travail sanitaire et social, et ancrent leur activité à l'échelle locale, en partant des besoins des habitantes. Loin d'être nouvelles, ces structures alternatives portent les traces laissées par la critique sociale des années 1970.

Peu de travaux en sciences sociales ont porté sur les formes prises par la critique sociale dans le champ de la médecine et de la santé durant ces années 1970. Initiées dans des quartiers populaires durant ces années contestataires, des expériences alternatives à la médecine libérale et hospitalo-centrée sont pourtant repérables dans différents pays capitalistes et configurations étatiques, en Amérique du Nord comme en Europe. Menées au Québec et en France, nos recherches socio-historiques ont permis de montrer des similitudes entre les expériences développées à cette période dans plusieurs quartiers populaires francophones de Montréal, à l'instar de la clinique communautaire du quartier Pointe-Saint-Charles, et les mouvements contestataires du pouvoir des médecins sur les patient-es dans le champ de la santé, à Paris et dans d'autres régions françaises. Ces pratiques contestataires du pouvoir médical s'inscrivent à l'époque dans une critique plus large de l'ordre social et des rapports de pouvoir qui le structurent. Si elles sont portées par des groupes militants d'extrême gauche dans différents espaces sociaux (cause des femmes, cause des travailleurs-euses immigré-es notamment) et professionnels (entre autres du droit et de la santé), on les appréhende ici en situation de travail. Les différents groupes professionnels qui les portent alors (professionnel-les de santé, mais aussi travailleurs-euses sociaux-ales et communautaires) participent à constituer le travail de soins, et plus largement les questions de santé, en enjeu politique : les causes sociales de la maladie sont alors mises en avant comme emblématiques des inégalités entre groupes sociaux. Au-delà des proximités d'expériences alternatives, nos enquêtes ont aussi permis de mettre au jour des circulations transnationales de cette critique sociale et ses effets durables à différentes échelles, du local à l'international.

Méthodologie

Cet article mobilise des matériaux issus de différentes enquêtes que nous menons auprès de groupes professionnels intervenant dans le champ de la santé en France et au Québec. Laure Pitti (2021) travaille sur les métamorphoses de la médecine sociale en territoires populaires depuis les années 1960 en France. Elle a réalisé des entretiens biographiques auprès de médecins généralistes militant-es dans les années 1960-1970 et a dépouillé les fonds d'archives privées du Groupe Information Santé (GIS) et du Mouvement d'action santé (MAS), déposés au Centre des archives du féminisme à Angers, et du Mouvement santé et populations (MSP), ainsi que des fonds d'archives privées. Elle participe également à un programme d'enquête sur des médecins généralistes dans différents contextes d'exercice, en particulier des équipes de soins primaires dans des centres de santé en France aujourd'hui.

Audrey Mariette (2021) travaille quant à elle sur les politiques locales de santé et les pratiques regroupées sous le label de santé communautaire, portées notamment par des groupes professionnels non-soignants (chargé-es de mission et organisatrices communautaires) en France et au Québec depuis les années 1970, à partir d'observations, d'entretiens et de sources écrites, dont le fonds d'archives de la Clinique des citoyens de Saint-Jacques déposé à l'Université du Québec à Montréal (UQAM).

Croisant nos deux entrées, par la médecine générale comme médecine sociale, d'une part, et par les politiques locales de santé, d'autre part, l'enquête « PopSanté » menée ensemble entre 2012 et 2017 visait à interroger ce que font les territoires populaires aux politiques, aux professionnel·les et aux pratiques de santé, en partant du cas d'une ville située dans l'un des départements les plus pauvres de France hexagonale. Longtemps communiste, cette ville dispose d'une politique municipale de santé ancienne, de centres de santé, de réseaux de soins entre la médecine de ville et l'hôpital et d'associations locales en santé. Ces trois enquêtes nous ont conduites à développer le volet socio-historique et la comparaison France-Québec (Mariette et Pitti, 2021).

Mobilisations collectives au Québec

« La Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles existait depuis 1968. Ce sont des jeunes médecins progressistes de l'Université McGill qui avaient bâti ce projet et ils avaient fait la jonction avec des comités de citoyens dans le quartier [qui] essayaient de mettre en place des services pour les gens du quartier dans le domaine du transport, de l'éducation, du juridique et de la santé, notamment. C'était dans l'air de l'époque. [...] Plusieurs initiatives de jeunes animateurs socioculturels étaient proches des théories de l'animation sociale, de l'organisation communautaire, tant anglophone que francophone. » Lorraine Guay (Dufour et Guay, 2019, p. 77)

Au Québec, au tournant des années 1970, l'émergence de cliniques communautaires dans plusieurs quartiers populaires francophones de Montréal s'inscrit dans un contexte de fortes mobilisations sociales, mais aussi de développement des politiques sociales et de santé. C'est en effet pendant la Révolution tranquille que sont créés les premiers Comités de citoyens, pour certains sous le patronage catholique, dans une logique de participation à l'action publique sanitaire et sociale. À la fin des années 1960, plusieurs de ces Comités, regroupés dans des Comités d'action politique, s'inscrivent dans une logique plus contestataire de l'action publique et participent, pour certains, à la création de centres de santé nommés cliniques communautaires. Pour les étudiant-es en médecine ou médecins qui y participent, ces expériences constituent tout à la fois une remise en cause des hiérarchies professionnelles dans le champ de la santé et une remise en cause du paiement à l'acte caractéristique de la médecine libérale, au profit d'un paiement à la fonction. Comme salarié-es des cliniques, les médecins ne sont pas rémunéré-es pour chaque acte réalisé auprès de patient-es. Au sein de la clinique Pointe-Saint-Charles (Plourde, 2019) comme de celle de Saint-Jacques (Boivin, 1988), ils et elles sont aussi moins payé-es qu'ailleurs afin de réduire les écarts de salaires avec les autres employé-es. Les pratiques développées dans ces cliniques tendent aussi à réduire la distance entre médecins et patient-es. Outre la délégation de certains actes à des non-médecins, les temps de consultation sont plus longs et les visites à domicile courantes. À Pointe-Saint-Charles, une pharmacie populaire et gratuite est également ouverte aux habitant-es du quartier.



Crédit: Shardar Tarikul Islam



Au-delà des soins, la politisation des questions de santé passe ainsi aussi par des incitations à la mobilisation collective. À Saint-Jacques, par exemple, des consultations gratuites sont proposées à la condition d'assister à une réunion d'information politique. Les travailleurs-euses puis organisateurs-trices communautaires jouent un rôle central en la matière. À Pointe-Saint-Charles, la sensibilisation de la population du quartier aux questions de santé passe ainsi par le biais du porte-à-porte, de brochures, ou encore de pièces de théâtre. L'objectif est à la fois d'encourager les visites à la clinique, mais aussi de faire de la prévention, par exemple, au sujet de la surconsommation de médicaments. On le voit, ces cliniques sont des lieux de soins, mais aussi de politisation visant à donner du pouvoir aux citoyen-nes sur les questions de santé. Une conception sociale de la médecine s'y développe, avec un rôle fort des organismes communautaires, favorisant la participation citoyenne et l'autonomie vis-à-vis des pouvoirs publics locaux et provinciaux.

L'histoire des cliniques communautaires québécoises, issues de la mobilisation de citoyen-nes de quartiers populaires, et de celle de quelques médecins ou étudiant-es en médecine, apparaît relativement exceptionnelle et liée, d'une part, au contexte de mise en place de politiques sociales et de santé (l'assurance hospitalisation est créée en 1961 et l'assurance maladie en 1970) et, d'autre part, au développement de l'organisation communautaire dans le contexte nord-américain. Pourtant, à la même période, plusieurs expériences critiques du modèle libéral et hospitalo-centré dominant se sont également développées en France.

Critiques du pouvoir en France

En France, ces expériences sont avant tout nées de l'initiative de médecins, et non d'usagers-ères du système de santé. Pour autant, on observe des analogies entre les deux espaces critiques francophones. Au cours des années 1960-1970, plusieurs groupes de médecins militant-es mettent ainsi en place, dans différents quartiers populaires en France, deux types de structures de soin : des cabinets de groupe en exercice libéral, avec un partage des dossiers des patient-es et une répartition des honoraires en fonction du temps de travail (par opposition au système de rémunération à l'acte), et des centres de santé, associatifs notamment, qui salarient leurs équipes composées de médecins, souvent d'infirmiers-ères, de secrétaires médicaux-ales et de travailleurs-euses sociaux-ales.

Alors que la médecine dite urbaine, dans la lignée de l'hygiénisme développé à la fin du XIXe siècle, est instituée comme un instrument de contrôle social et d'encadrement des pratiques des classes populaires, ces initiatives se placent en alternative. Ce, en remettant en cause les hiérarchies instituées entre, d'une part, les médecins et les autres groupes professionnels en charge de la santé et, d'autre part, entre les médecins et les patient-es. Plusieurs des pratiques mises en place en leur sein font écho à celles des cliniques communautaires québécoises. Les centres de santé instaurent une relative horizontalité du travail de soin entre les médecins et les autres professionnel-les, dont les secrétaires médicaux-ales. Une place importante est accordée aux usagers-ères et aux actions de prévention, en allongeant la durée des consultations et en portant attention aux lieux de vie et aux caractéristiques sociales des personnes, comme la classe sociale, la classe de sexe et les trajectoires migratoires. L'organisation spatiale des lieux de consultation, avec deux chaises d'un même côté plutôt que le traditionnel face-à-face entre médecin et patient-e, témoigne aussi de la volonté de rompre avec la domination des médecins sur les patient-es.

Ces expériences puisent leur fondement sur une critique du pouvoir médical qui s'est développée en France dès les années 1950, notamment parmi les étudiant-es en médecine militant au sein de la Jeunesse Étudiante Chrétienne (JEC) qui dénoncent la domination coloniale et la torture par l'armée française pendant la guerre d'Algérie. Pendant les événements de mai-juin 1968, cette dynamique de politisation de la médecine s'accroît, associant critique du pouvoir médical et de l'ordre social, montrant là aussi des analogies avec le cas québécois. Au sein de ces mouvements critiques, on trouve des médecins proposant une critique interne au champ médical qui aboutit à la réforme des études médicales avec la suppression de la sélection par concours pour l'externat. Une fraction plus radicale de médecins militant-es d'extrême gauche, en majorité généralistes et d'origine sociale plus modeste que les spécialistes, élargissent leur critique au-delà du seul champ médical et inscrivent leur engagement politique dans « des luttes contre les inégalités sanitaires et sociales » (Bernard, 1975, p. 39).

DOSSIER

Crédit: mcccxi



« Loin d'être nouvelles, ces structures alternatives portent les traces laissées par la critique sociale des années 1970. »

Marginaux-ales dans le champ médical, ces quelques dizaines de médecins militant-es s'organisent au sein de différents groupes pour diffuser leurs critiques de la médecine libérale, par exemple à travers la mobilisation pour la suppression de l'Ordre des médecins en 1975, portée notamment par le Groupe Information Santé (GIS), ou encore à travers la création du Syndicat de la médecine générale.

Dans les expériences québécoises, le rôle joué par les usagers-ères et le mouvement communautaire est essentiel. En France, la critique est centralement portée par des médecins principalement de ville, souvent avec le soutien de municipalités de gauche volontaristes en matière de politiques locales de santé. Mais, point commun aux deux espaces, ces expériences s'ancrent dans les quartiers populaires, proposent une conception large de la santé qui ne se réduit pas à l'absence de maladie et visent à mobiliser les habitant-es les plus éloigné-es du soin et les moins politisé-es.

Essaimage

Si le contexte international de diffusion des idées anti-impérialistes et anticapitalistes, développées dès le début des années 1960 en Amérique du Sud et en Afrique, a influencé les militant-es d'Amérique du Nord et d'Europe, les analogies observées entre la France et le Québec s'expliquent également par des échanges directs entre les groupes militants locaux les plus radicaux, à savoir les médecins du Groupe Information Santé (GIS), et des médecins et organisateurs-trices communautaires de la clinique Pointe-Saint-Charles. Ces derniers-ères réalisent ainsi un voyage de trois semaines en mai 1976 pour « étudier les relations existant entre les luttes féminines et les luttes ouvrières [en France et] analyser la participation effective des femmes du milieu populaire à ces

mouvements » (archives du GIS, 1976). Nous avons également trouvé trace, dans les archives du GIS, de la venue d'un étudiant en médecine québécois, investi de 1967 à 1969 au sein du conseil d'administration de la clinique Pointe-Saint-Charles, à une réunion du GIS à Paris. Ces échanges impliquent également des voyages de Français-es au Québec, à l'instar de celui de Nantais-es, assistant-es sociales pour la plupart, venu-es durant trois semaines au Québec en mai 1977, pour visiter la clinique Pointe-Saint-Charles et trois Centres locaux de services communautaires (CLSC), alors en cours de développement.

Minoritaires et limitées, ces circulations par le biais de voyages reçoivent néanmoins des soutiens institutionnels. Les deux voyages cités ont par exemple été soutenus par l'Office franco-québécois de la jeunesse, créé en 1968. La critique du pouvoir médical et la politisation de la santé ont aussi des effets au-delà d'un cadre militant. Elles essaient au sein du champ institutionnel, à l'échelle nationale : une mission d'enquête du ministère de la Santé français part ainsi visiter les CLSC québécois en 1975, dans la perspective de repenser l'organisation des soins. L'essaimage est également visible à l'échelle internationale, au sein de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) : suite à la première « Conférence internationale sur les soins de santé primaires » qui s'est tenue en URSS, à Alma-Ata, en 1978, les actions et programmes de l'OMS sont ainsi réorientés pour favoriser la « santé pour tous », faisant de la communauté définie comme lieu de vie une notion centrale dans la lutte contre les inégalités sociales (Vanel, 2016). La critique sociale s'institutionnalise au sein de cette organisation mondiale, sous une forme certes moins radicale, puisqu'elle met davantage en avant « l'autonomie » des usagers-ères et leur capacité à agir, que la critique du pouvoir médical.

Euphémismes

Au tournant des années 1980, on observe en effet un processus d'incorporation de la critique sociale par les institutions (inter)nationales chargées de la santé, sous une forme euphémisée par rapport aux expériences développées localement durant les années 1970. Cette période est, de fait, marquée par la dilution des groupes militants les plus radicaux et le déclin progressif des mobilisations sociales dans un contexte de tournant néolibéral, au Québec comme en France. Pour autant, la critique sociale laisse des traces.

Au Québec, le processus d'euphémisation de la critique sociale en matière de santé prend la forme d'une institutionnalisation des expériences populaires, par leur incorporation dans le nouveau système de santé. La loi de 1971 instaure un réseau public de la santé organisé autour des CLSC, regroupant des services sociaux et des services de santé de première ligne, contre l'exercice libéral et l'hospitalo-centrisme. D'abord salarié-es, les médecins de ces CLSC sont cependant rapidement contraint-es de rejoindre le syndicat des médecins omnipraticien-nes (ou généralistes), sous la pression de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) (Plourde, 2019, p. 797-965). Les cliniques communautaires, mobilisées au sein d'un « Front commun » dans la deuxième moitié des années 1970, font l'objet de critiques de la part du Collège des médecins, et disparaissent progressivement. Néanmoins, la Clinique Pointe Saint-Charles parvient à subsister et le développement des organismes communautaires participe à maintenir des formes de critique sociale.

De plus, la profession d'organisateur-trice communautaire est intégrée aux CLSC, ce qui contribue à l'institutionnalisation de la pratique de l'organisation communautaire au sein du réseau public de la santé (Leclercq, 2014). Au cours des années 1980, l'organisation communautaire devient d'ailleurs une référence et un modèle à l'échelle internationale : la charte d'Ottawa, qui met l'accent sur « l'action communautaire », est

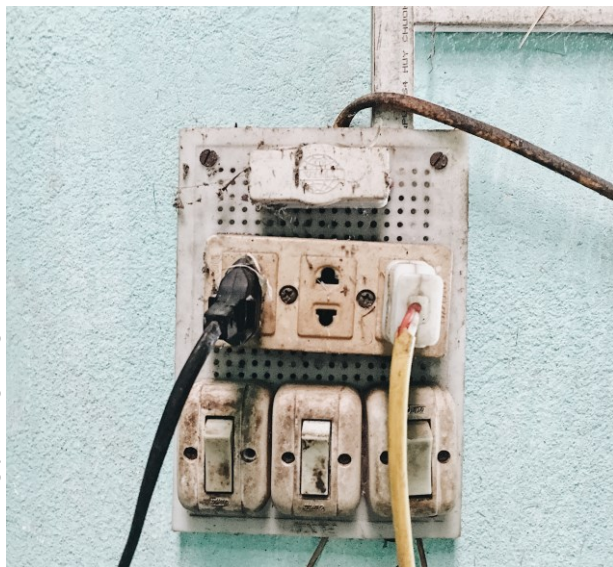
signée en 1986 au Canada, suite à la première « conférence internationale pour la promotion de la santé ». C'est à cette période aussi que la notion de « déterminants sociaux de la santé » s'impose au sein de l'OMS, participant à une définition de la santé publique moins hygiéniste, car attentive au rôle de l'environnement social sur la santé des individus, qui se diffuse aux échelles locales (Clavier, 2013).

En France, le mouvement de critique sociale en santé est marginalisé au début des années 1980. Plusieurs revendications, comme la suppression de l'Ordre des médecins, n'obtiennent pas satisfaction, malgré certaines promesses électorales. Cependant, des professionnel·les de santé et des acteurs-trices des politiques locales au sein de plusieurs villes ou quartiers populaires s'appuient sur la définition large de la santé, proposée par l'OMS, pour lutter contre les inégalités sociales de santé en mobilisant des habitant-es. Des médecins généralistes installé-es en libéral dans des quartiers populaires et des médecins salarié-es exerçant en centres de santé continuent à porter des pratiques alternatives pour aller contre la domination des médecins sur les patient-es, à l'image des deux chaises disposées côte à côte pour les consultations. C'est aussi le cas d'associations et d'organisations non gouvernementales (ONG) qui développent une activité auprès des fractions les plus marginalisées de la population, à l'image des Centres d'accueil de soins et d'orientation (CASO) développés par la « mission France » de l'ONG Médecins du monde, dont le premier ouvre à Paris en 1986 à destination des « exclus du soin ».

La période des années 1980 voit ainsi se développer des formes de circulation de la critique moins frontales, car moins portées par des groupes militants et davantage par des associations, autour d'individus politisés et sensibilisés à une conception sociale de la médecine et communautaire de la santé.

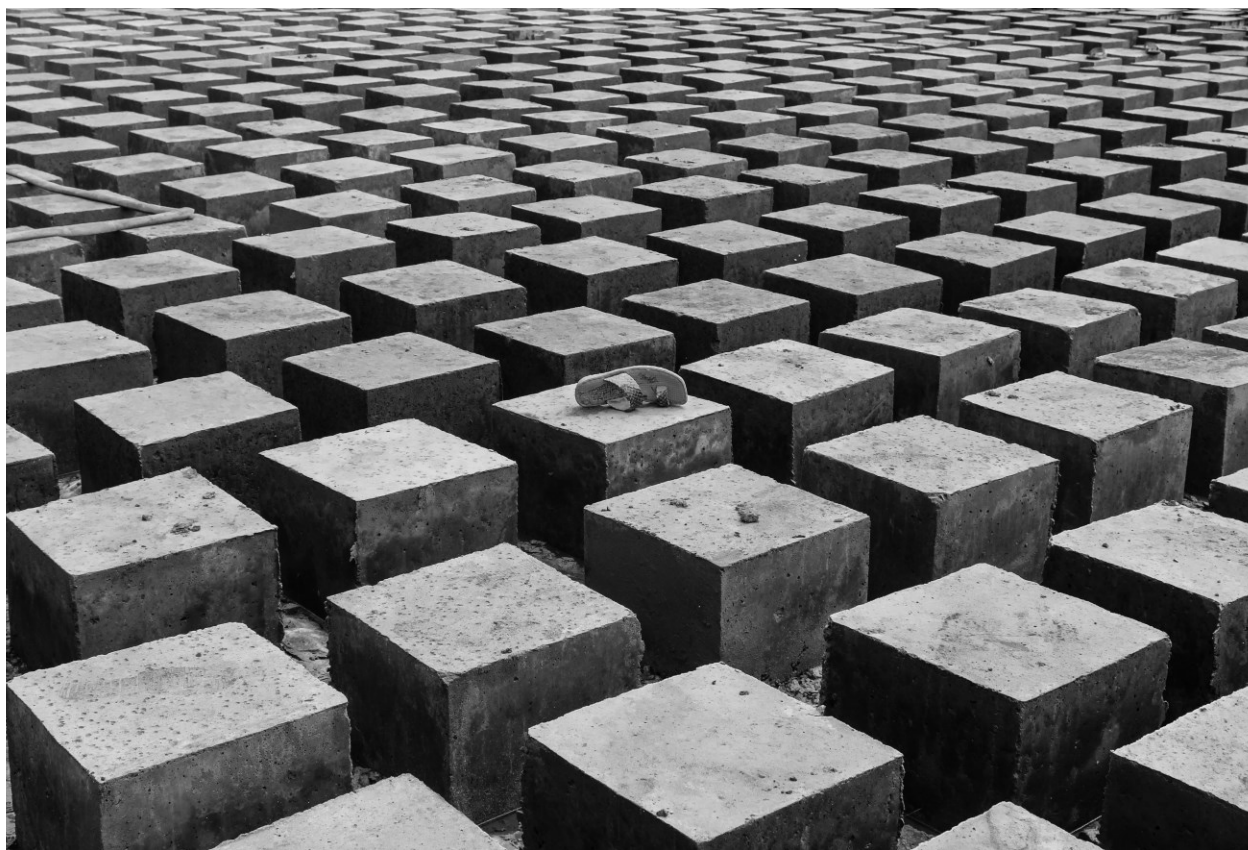
Revalorisation

Si la socio-histoire des années 1970 traite rarement de la remise en cause des hiérarchies dans le champ de la médecine et de la santé, développer les travaux dans cette perspective permet ainsi d'éclairer le pouvoir des marges et les traces laissées par la critique du pouvoir médical, qui se développe particulièrement dans les périodes de crises, politiques ou sanitaires, à l'image de celle liée à la pandémie de sida dans les années 1980 ou, plus récemment, celle du Covid-19. Le contexte pandémique rend visibles les inégalités socio-spatiales de santé et le rôle joué par des acteurs-trices locaux-ales (collectivités locales, groupes professionnels chargés de la santé, acteurs associatifs) pour lutter contre. Les périodes de crise permettent ainsi de révéler, voire de revaloriser et légitimer la médecine sociale et la santé communautaire. Mais cette revalorisation reste relative : elle se fait souvent au prix d'une version de la médecine sociale et de la santé communautaire édulcorée de la contestation de l'ordre médical et, plus largement, de l'ordre social.



Crédit: Nguyen Dang Hoang Nhu

DOSSIER



Crédit: Shardar Tarikul Islam

Références

- Bernard, O. (1975). *La Médecine désordonnée. À la recherche d'une nouvelle pratique médicale : le centre mutualiste de santé de la Villeneuve à Grenoble*. Groupe Information Santé (GIS)/Liaisons Directes.
- Boivin, R. (1988). *Histoire de la Clinique des citoyens de Saint-Jacques (1968-1988). Des comités de citoyens au CLSC du Plateau Mont-Royal*. VLB Éditeur.
- Bourque, D. (1997). Trajectoire de l'organisation communautaire professionnelle. *Nouvelles pratiques sociales*, 10 (1), p. 59-70.
- Clavier, C. (2013). Les causes locales de la convergence. La réception des transferts transnationaux en santé publique. *Gouvernement et action publique*, 2(3), 395-413. <https://doi.org/10.7202/301386ar>
- Dufour, P. et Guay, L. (2019). Qui sommes-nous pour être découragées? Conversation militante avec Lorraine Guay. *Écosociété*.
- Jourdan, D., O'Neill, M., Dupéré, S. et Stirling, J. (2012). Quarante ans après, où en est la santé communautaire? *Santé publique*, 24(2), 165-178. <https://doi.org/10.3917/spub.122.0165>
- Lachapelle, R. (dir.). (2003). *L'Organisation communautaire en CLSC. Cadre de référence et pratiques*. Presses de l'Université Laval.
- Leclercq, J.-B. (2014). L'« organisation communautaire » au Québec et la reconfiguration de l'État social : le tournant. *Revue du CREMIS*, 7(1), 49-55. <https://www.cremis.ca/publications/articles-et-medias/l-organisation-communautaire-au-quebec-et-la-reconfiguration-de-letat-social-le-tournant/>
- Le Collectif CourtePointe (2006). *Pointe-Saint-Charles : un quartier, des femmes, une histoire communautaire*. Les Éditions du remue-ménage.
- Mariette, A. et Pitti, L. (2021). Subvertir la médecine, politiser la santé en quartiers populaires. *Dynamiques locales et circulations transnationales de la critique sociale durant les années 1970 (France/Québec)*. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 239(septembre), 30-49. <https://doi.org/10.3917/arss.239.0030>
- Mariette, A. (2021). « Santé communautaire » et « santé publique » en territoires populaires : « participation » des habitantes ou gouvernement des conduites? Des catégories, des pratiques et des agents en circulation entre la France, le Québec et la Belgique. *Revue française des affaires sociales*, 3(juillet-septembre), 319-332. <https://doi.org/10.3917/rfas.213.0319>
- Pitti, L. (2021). Le renouveau d'une utopie? Lutter contre les inégalités sociales de santé en médecine générale : les métamorphoses de la médecine sociale dans les quartiers populaires en France, des années 1970 à aujourd'hui. *Revue française des affaires sociales*, 3 (juillet-septembre), 305-317. <https://doi.org/10.3917/rfas.213.0305>
- Plourde, A. (2019). *État-providence et système socio-sanitaire au Québec : les CLSC comme étude de cas d'une analyse matérialiste et dialectique de l'État démocratique dans la société capitaliste*. Thèse de doctorat en sciences politiques, Université du Québec à Montréal. <https://archipel.uqam.ca/12699/>
- Vanel, J. (2016). *De l'éducation sanitaire à la promotion de la santé : enjeux et organisation des savoirs au cœur de l'action publique sanitaire (internationale)*. Thèse de doctorat en droit, Université Paris Saclay (COMUE). <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01513699>

Une analyse des barrières structurelles et des besoins occupationnels

Trajectoires de sortie de violence conjugale des femmes en situation de handicap

Corynne Laurence-Ruel
Doctorante en Sociologie, Université de Montréal.

Martine Lévesque
Professeure adjointe en ergothérapie,
École de réadaptation de l'Université de Montréal
Membre du CREMIS

Yolanda Muñoz
PhD en études du Japon, spécialité en études de genre et histoire du peuple autochtone Aïnou.
En tant que femme en situation de handicap, elle a aussi travaillé pendant plus de 25 ans à la promotion des droits des personnes handicapées.
Chargée de cours pour le cours « Genre et Handicap », Université McGill.
Site web: <https://ymunozg.wixsite.com/yolanda-munoz>

Lisandre Labrecque-Lebeau
Professeure affiliée, Université du Québec en Outaouais (UQO)
Membre du CREMIS

Linda Gauthier
Co-fondatrice et présidente du Regroupement des
activistes pour l'inclusion au Québec (RAPLIQ)

DOSSIER



Crédit: Joe Pregadio

« Je me sentais vraiment comme si je ne valais rien, comme si je n'avais pas le droit d'avoir ma place [...] C'est plus important que je ne dérange pas avec ma chienne d'assistance, que d'être en sécurité. » (Sylvia¹, participante à la recherche)

Alors qu'elles sont deux fois plus à risque de vivre de la violence conjugale que les femmes sans incapacités (Savage, 2021), les femmes en situation de handicap (FSH) sont sous-représentées dans le réseau des maisons d'hébergement pour femmes victimes de violences au Canada et au Québec (Moreau, 2019). En 2010, l'Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ) réalisait une évaluation des besoins d'adaptation des services offerts aux femmes handicapées victimes de violence conjugale et notait, à l'époque, des lacunes importantes dans l'accessibilité des maisons d'hébergement, à plusieurs niveaux : l'architecture des lieux (rampe d'accès, signalisation

visuelle), les services offerts (écoute téléphonique, accompagnement), l'accessibilité des documents (disponibilité de formats en braille ou en audio), la formation du personnel aux besoins et réalités spécifiques des FSH et l'approche d'intervention (OPHQ, 2010). À notre connaissance, aucune autre étude d'envergure, sur l'accessibilité des services offerts aux FSH victimes de violence conjugale n'a été réalisée au Québec, depuis ce rapport.

Cet article analyse et traite de la problématique d'accès aux soutiens essentiels à la sortie de violence conjugale des FSH, en centrant les enjeux d'accès aux services du réseau des maisons d'hébergement pour femmes victimes de violence conjugale. Nous présentons les résultats préliminaires d'une enquête de terrain, réalisée entre juin 2021 et mai 2022, depuis le point de vue des FSH ayant effectué un parcours de sortie de violence.

Contexte méthodologique de la recherche

Notre équipe mène présentement une recherche-action participative intersectorielle visant à mettre en lumière et identifier des solutions aux obstacles rencontrés par les FSH, le long de leur parcours de sortie de violence conjugale. La question générale posée est la suivante : quels sont les leviers et les enjeux, dont ceux de niveau structurel, qui jalonnent la trajectoire de sortie de violence des FSH?

Pour ce faire, nous avons composé un groupe de travail qui réunit des acteurs-trices susceptibles de pouvoir agir à l'une ou l'autre des étapes de sortie de violence des femmes, qu'il s'agisse du signalement d'une situation de violence, de la demande d'aide, ou de l'accès à des services d'hébergement. Nos partenaires incluent la Table de concertation en violence conjugale de Montréal, des maisons d'hébergement, la Maison des femmes sourdes de Montréal, le Service de police de la ville de Montréal et le Regroupement des activistes pour l'inclusion au Québec (RAPLIQ), un groupe de défense des personnes en situation de handicap.

En ateliers de discussion et en sous-groupes de travail, nous coconstruisons notre compréhension des défis et des leviers de sortie de violence des FSH, et dressons un portrait des programmes, des acteurs-trices, des politiques et des phénomènes sociaux en cause. L'importance de sonder le vécu et les perspectives des FSH par une enquête de terrain s'est rapidement imposée comme priorité au sein de notre groupe. La question de l'accessibilité aux services des maisons d'hébergement est apparue comme un élément prioritaire.

Au moment de publier, des entrevues individuelles semi-dirigées, principalement par visioconférence, ont été réalisées auprès de 11 FSH présentant des limitations physiques, sensorielles ou liées à un trouble de santé mentale. Elles ont rapporté avoir vécu une ou des expériences de violence conjugale auprès de partenaires masculins hétérosexuels, pour la plupart sans déficience ou limitation fonctionnelle. Le recrutement a été réalisé à l'aide d'annonces partagées par certains partenaires de la recherche, notamment le RAPLIQ. Les entretiens ont été enregistrés, retranscrits et analysés à l'aide du logiciel NVivo et selon un travail préalable de catégorisation conceptuelle du parcours de sortie de violence. L'analyse est toujours en cours. Il faut noter que certaines des expériences de violence rapportées ne sont pas récentes (remontant parfois à plus de 10 ans). Néanmoins, plusieurs éléments d'analyse nous sont apparus cohérents avec les apports de nos partenaires communautaires lors de discussions de groupe, ces éléments sont donc propices à une réflexion sur les angles morts de l'accès aux ressources essentielles à la sortie de violence des femmes.



Crédit: Kenza Benaouda

Besoins occupationnels

Les expériences de violence rapportées par les participantes sont plurielles et jalonnent leur parcours de vie. En plus de la violence conjugale, elles ont témoigné d'expériences de violence familiale ou de la part de professionnel·les de la santé, ce à plusieurs reprises au cours de leur vie. Une étude réalisée par Statistique Canada montre d'ailleurs que les FSH au Canada sont plus susceptibles que les femmes sans limitation(s) de vivre toute forme de violence, à des fréquences plus élevées et sous des formes plus graves (les amenant parfois à craindre pour leur vie), (Savage, 2021).

Le concept de « continuum de violences » (Kelly, 1987), basé sur le genre et le handicap, permet de relier les multiples expériences de violence dans la vie des femmes aux systèmes d'oppression patriarcale et capacitiste dans lesquels elles évoluent et qui favorisent la violence conjugale. Nous définissons le concept de capacitisme comme « une structure de différenciation et de hiérarchisation sociale fondée sur la normalisation de certaines formes et fonctionnalités corporelles et sur l'exclusion des corps non conformes et des personnes qui les habitent » (Masson, 2013, p.115). Les diverses violences rapportées par ces femmes, dans différents contextes ou moments de leur vie, ne sont pas considérées comme des événements isolés les uns des autres. Ils s'inscrivent dans, et se (re)produisent à travers, des dynamiques systémiques de pouvoir, de discrimination et d'exclusion, qui rendent les FSH plus vulnérables face aux agresseurs.

Notre analyse est fondée sur le concept d'« occupation » : « L'occupation fait référence à l'ensemble des activités et des tâches de la vie quotidienne auxquelles les individus et les différentes cultures donnent un nom, une structure, une valeur et une signification. L'occupation comprend tout ce qu'une personne fait pour s'occuper, c'est-à-dire prendre soin d'elle, se divertir, et contribuer à l'édification sociale et économique de la communauté. » (ACE, 1997, p.38-39).

Plus spécifiquement, les expériences et parcours qui nous ont été racontés se caractérisent par ce que les théoriciennes des sciences de l'occupation² nomment la « privation occupationnelle », définie comme la restriction grave et prolongée de l'accès à des occupations significatives et essentielles au bien-être (Ballan et Frayer, 2020; Townsend et Polatajko, 2013). Comme le démontre l'OPHQ (2021), la vie des FSH est en effet traversée par des dynamiques d'exclusion de plusieurs champs d'activité, qu'il s'agisse du travail, de l'éducation, du maintien de sa santé, ou encore, de la participation sociale et communautaire. Les FSH y sont privées des moyens et des opportunités de participation essentielles à leur bien-être et à leur autonomie économique et décisionnelle, ce qui exacerbe leur isolement social, la dépendance à leurs proches et le risque de vivre de la violence conjugale. Ainsi, notre regard a porté sur la dimension occupationnelle mise en évidence dans le témoignage des participantes, tant du point de vue de leurs besoins que des leviers et obstacles rencontrés.

Critères d'accès

Sylvia, qui craignait pour sa sécurité et sa vie, s'est vue refuser l'accès à une maison d'hébergement en raison de la présence de son chien d'assistance et d'une politique d'admission interdisant l'ensemble des chiens dans l'espace de la résidence. Il semble encore parfois méconnu, de la part des intervenantes ou des directrices de maison d'hébergement, qu'il soit interdit, selon la Charte canadienne des droits et libertés, de discriminer une personne en raison de son besoin de recourir à un chien guide ou un chien d'assistance³.

En effet, la présence d'un chien d'assistance en maison d'hébergement est parfois perçue comme un facteur d'instabilité dans un environnement social décrit comme « fragile ».

Après une nuit passée au refuge, Sylvia a été informée qu'elle allait devoir quitter les lieux en raison de la présence de son chien, et rentrer chez elle. Cette annonce s'est suivie pour elle d'une grande détresse psychologique.

« Je me disais : enfin, je suis en sécurité, c'est sûr que je ne me ferai pas assassiner [par son ex-conjoint] et puis là ils me mettent dehors parce que j'ai un chien d'assistance [elle pleure]... je me sentais comme si je ne valais rien. J'ai vécu plusieurs jours de terreur après. » (Sylvia, participante à la recherche)

La question des missions et des règles d'admission des maisons d'hébergement a été maintes fois soulevée par les femmes. Face à une maison qui n'acceptait pas les enfants de plus de 15 ans, Anita s'est sentie contrainte à renoncer à une place offerte, ne voulant pas se séparer de son fils de 16 ans, qui lui-même éprouvait alors un problème de santé mentale. Ainsi, le désir de continuer à exercer son rôle de mère tout en étant hébergée a alors entravé la possibilité de se sortir d'une situation de violence conjugale.

Par ailleurs, comme le mentionnait le rapport de l'OPHQ en 2010, les questions de santé mentale constituent un enjeu important qui s'imisce parfois dans les règles d'admission, de manière plus ou moins explicite mais néanmoins déterminante. Ainsi une femme qui « dérange » les autres résidentes en hébergement en raison d'un trouble de santé mentale pourrait s'en voir exclure. Cela a été le cas de Sylvia qui s'est fait refuser une place, cette fois-ci en raison de son syndrome de Gilles de la Tourette. Une intervenante d'un organisme d'aide lui aurait même conseillé de tenter de dissimuler son trouble, ce qui lui avait occasionné beaucoup de stress et d'anxiété.



Crédit: mAudus

Architecture et aménagements

Le problème de l'accessibilité des maisons d'hébergement est encore très présent dans le réseau au Québec. Des obstacles architecturaux limitent l'accueil et l'inclusion d'une femme utilisatrice d'un fauteuil roulant, bien que plusieurs maisons puissent se déclarer accessibles et réussissent parfois à accueillir des femmes présentant une incapacité (RAPLIQ, 2020). Anita, qui utilise quotidiennement un fauteuil motorisé pour se déplacer sur de longues distances, a dû renoncer à une place en hébergement puisqu'elle craignait de se blesser, et de voir sa condition physique se détériorer, si elle devait tenter de monter et descendre les escaliers de la maison.

De manière similaire, bien que Diane ait accédé à une maison et apprécié son expérience, des problèmes d'accessibilité ont teinté son séjour de trois mois. Le cadre de porte de la salle de bain étant trop étroit, elle n'avait accès ni à la douche ni au bain. Une marche faisait également obstacle à son accès au salon, contraignant sa participation à certaines activités.

« Ça fait que, j'avais un lavabo dans ma chambre... qu'est-ce que tu veux? Je prenais des bains-éponge puis je m'organisais comme je pouvais. » (Diane, participante à la recherche)

Il a aussi été question de l'adaptation des maisons d'hébergement pour les femmes ayant une ou des incapacités sensorielles. Par exemple, Josée, en situation de handicap visuel, ne pouvait circuler en toute sécurité, en l'absence de signalisation pour la guider. Elle vivait avec la crainte constante d'entrer dans la chambre d'une autre résidente et ainsi d'occasionner des conflits. Elle s'était même fait reprocher par une intervenante d'« errer » dans la maison. En raison de ces réactions négatives d'incompréhension, de jugement, et d'infantilisation en lien avec sa limitation sensorielle, elle s'est résignée à s'autoexclure du refuge.

Pour Diane, en plus des pièces qui lui étaient inaccessibles, ce sont aussi les activités ayant cours dans ces espaces (hygiène, préparation de repas, socialisation) qui lui étaient souvent hors limites. Heureusement pour elle, cela ne l'a pas totalement exclue des activités sociales, souvent déplacées à la salle à manger. Son témoignage nous fait réfléchir à la question de l'accès aux occupations et aux activités ayant cours dans les pièces non accessibles, tout aussi importantes pour sortir d'une dynamique de violence.

« Puis le salon, il y avait une petite marche, je ne pouvais pas m'y rendre. Mais tu sais, on veillait dans la cuisine. Les amis venaient jouer aux cartes, on jouait au Monopoly. [...] puis ceux qui voulaient regarder la télévision, ils y allaient. » (Diane, participante à la recherche).

Enfin, l'arrimage entre les services de la maison d'hébergement et les services de prêt d'aides techniques revêt une grande importance en termes d'accessibilité des lieux : le prêt d'un lit d'hôpital, par exemple, a contribué à faciliter le séjour de Diane.



Crédit: Shardar Tarikul Islam

Non-recours

Les obstacles sous-jacents au non-recours aux services constituent un autre enjeu identifié. Le non-recours « renvoie à toute personne qui — en tout état de cause — ne bénéficie pas d'une offre publique, de droits et de services, à laquelle elle pourrait prétendre. » (Warin, 2014, p.113) Il peut se manifester de différentes manières, comme l'abandon des services, l'inobservance de prescription, la non-demande par les usagers-ères, la non-connaissance des services, ou encore la non-proposition de la part des professionnel·les (Warin, 2014). Les raisons sous-jacentes aux non-recours sont des informations cruciales pour identifier d'autres éléments d'inaccessibilité des ressources qui, autrement, passeraient sous le radar.

Tout comme le démontre la littérature (Shah et al., 2016; Freyer, 2018), reconnaître que l'on vit de la violence conjugale peut constituer un enjeu de taille. C'est en particulier le cas lorsqu'on détient un historique complexe de violences amenant à en normaliser et à internaliser l'expérience (Freyer, 2018). Cette difficulté des femmes à s'identifier comme victimes de violence peut également résulter de l'attitude de professionnel·les de la santé ou de l'entourage qui minimisent l'importance des violences dénoncées, les remettent en question, ou encore n'informent pas ou ne proposent pas aux femmes des services ou des soutiens adéquats.

Enfin, il arrive que l'entourage proche de la femme nuise à sa conscientisation face à la violence vécue. Ça a été le cas pour Sophie, qui s'est fait déconseiller, par ses amies, de quitter une relation qu'elle jugeait abusive.

« J'ai essayé d'en parler avec mes amies, puis elles ne me croyaient pas. Ça ne se pouvait pas qu'il fasse ça. "Non, reste là. Tu n'en trouveras pas d'autre de toute façon. Tu es chanceuse de l'avoir!", qu'elles me disaient. » (Sophie, participante à la recherche).

La peur de ne pas se trouver un autre partenaire en raison de ses incapacités teinte aussi d'autres histoires racontées par les participantes.



Crédit: Daniel Lloyd Blunk Fernandez

Briser le cycle

Pour celles qui n'ont pu accéder aux services des maisons d'hébergement ou encore qui en ont été exclues, la conséquence première est la persistance des violences et de la relation abusive. Les femmes se sont en effet senties laissées à elles-mêmes pour se sortir de leur situation. En raison de l'inaccessibilité des ressources spécifiques à la violence, les FSH risquent d'être orientées vers d'autres milieux d'hébergement possiblement inadaptés à leur situation, comme des refuges pour femmes avec des problèmes de santé mentale ou pour femmes itinérantes. Elles peuvent aussi être redirigées vers des milieux très inadéquats, comme cela a été le cas pour l'une de nos participantes, réorientée vers son milieu familial abusif. En plus de placer les femmes à risque de revivre de la violence, l'exclusion et le manque d'accessibilité des hébergements viennent souvent consolider un sentiment de dévalorisation et de perte d'estime de soi, pouvant mener à des idées suicidaires.

En contrepartie de ces expériences plutôt négatives, le passage de Diane dans une maison d'hébergement montre à quel point ces services peuvent être de véritables tremplins, permettant de se tourner vers un avenir meilleur. Son séjour lui a permis de briser le cycle de la violence, de se valoriser, de rebâtir sa confiance en elle et de découvrir de nouvelles possibilités.

« Si j'avais à revivre ça, pas la violence, mais mon passage [au refuge], je le revivrais. Même dans cette petite pièce-là, j'ai vécu des bien beaux moments. [...] »

Je ne pense pas que je serais celle que je suis aujourd'hui si je n'avais pas passé par là. C'est clair que non. Je n'aurais pas pu m'épanouir. » (Diane, participante à la recherche).

L'accès à une maison d'hébergement peut ainsi générer des impacts significatifs, dont assurer un sentiment de sécurité et de contrôle. La maison peut aussi offrir un environnement propice à une reconstruction identitaire et un renforcement de l'estime de soi, à travers la participation sociale et des activités valorisantes. Ces espaces peuvent permettre en outre de contrer l'isolement à travers les relations thérapeutiques avec les intervenant-es et les liens amicaux construits avec les autres femmes hébergées. La réussite de l'intégration de Diane dans la maison, outre les problèmes d'accessibilité à certains espaces et pièces, semble néanmoins avoir reposé entre les mains de la direction de la maison et des intervenantes et surtout de leur motivation personnelle à rendre l'environnement plus inclusif pour Diane.

Stratégies futures

Les obstacles identifiés à travers les témoignages que nous avons reçus s'ancrent finalement dans des dynamiques de pouvoir que nous avons analysées principalement sous l'angle du capacitisme. Le système de soutien que représente le réseau d'hébergement est une ressource inestimable pour les femmes victimes de violence conjugale. Toutefois, ce système comporte des lacunes qui légitiment ou normalisent l'exclusion des femmes en situation de handicap. Ces lacunes se traduisent, pour les femmes, par des privations occupationnelles tout au long de leur parcours de sortie de violence, touchant par exemple la possibilité de se déplacer, de circuler, de prendre soin de soi-même, d'exercer son rôle de mère, de socialiser et de contribuer à la vie sociale et communautaire.

Ultimement, notre recherche démontre que le continuum de violence dans lequel s'inscrivent les expériences des femmes rencontrées est renforcé par plusieurs obstacles systémiques contraignant l'accès aux services publics et à des soutiens essentiels. Ainsi, il apparaît indispensable d'inclure le capacitisme dans l'analyse du phénomène de la violence faite aux femmes et dans l'élaboration des stratégies et politiques publiques ciblant cet enjeu.

Remerciements

Livrer un témoignage de vécu de violence conjugale constitue un acte de courage et de grande générosité. Ainsi nous exprimons notre reconnaissance et admiration envers les femmes ayant partagé librement leurs expériences et points de vue et espérons que ce texte leur fasse honneur.

Nous soulignons également la contribution financière, sous forme d'une subvention d'engagement partenarial, du Conseil de recherche en sciences humaines du Canada.

« Le concept de "continuum de violences", basé sur le genre et le handicap, permet de relier les multiples expériences de violence dans la vie des femmes aux systèmes d'oppression patriarcale et capacitiste dans lesquels elles évoluent »

Notes

1. Tous les prénoms sont des pseudonymes.
2. « La science de l'occupation (SO) est l'étude de la nature occupationnelle des personnes et de la façon dont elles s'adaptent aux défis et aux expériences de leurs environnements par leurs occupations. » La SO vise notamment à comprendre les facteurs structurels qui influencent l'occupation. (Townsend et Polatajko, 2013).
3. Cette méconnaissance légale face aux chiens d'assistance a émergé de l'entretien auprès de Sylvia, mais également des échanges en atelier intersectoriel impliquant entre autres une maison d'hébergement et un organisme spécialisé en violence conjugale.

Références

- Association canadienne des ergothérapeutes (ACE). (1997). *Promouvoir l'occupation : une perspective de l'ergothérapie*. CAOT Publications ACE.
- Ballan, M. S, et Freyer, M. (2020). Occupational deprivation among female survivors of intimate partner violence who have physical disabilities. *The American journal of occupational therapy : official publication of the American Occupational Therapy Association*, 74(4), 1-7. <https://doi.org/10.5014/ajot.2020.038398>
- Freyer, M. (2018). Searching for a way out: A qualitative study of experiences of intimate partner violence among women with disabilities. Thèse de doctorat. University silver School of Social Work.
- Kelly, L. (1987). The continuum of sexual violence. Dans J. Hanmer et M. Maynard (dir.), *Women, violence and social control*. (p.46-60). Humanities Press International.
- Masson, D. (2013). Femmes et handicap. *Recherches féministes*, 26(1), 111-129. <https://doi.org/10.7202/1016899ar>
- Moreau, G. (2019). *Les établissements d'hébergement canadiens pour les victimes de violence, 2017-2018 : faits saillants*. Statistique Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/85-002-x/2019001/article/00007-fra.htm>
- Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ). (2010). *Évaluation des besoins d'adaptation des services offerts aux femmes handicapées victimes de violence conjugale*. https://www.ophq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Rapport_EvaluationFinal_Acc.pdf
- Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ). (2021). *Les femmes avec incapacité au Québec. Un portrait statistique de leurs conditions de vie et de leur participation sociale*. https://www.ophq.gouv.qc.ca/fileadmin/centre_documentaire/Enquetes/Internes/Femmes_incapacite_au_Quebec.pdf
- Regroupement des activistes pour l'inclusion au Québec (RAPLIQ). (2020). *Enquête non publiée sur l'accessibilité réelle des refuges pour femmes au Québec*.
- Savage, L. (2021). *Intimate partner violence: Experiences of women with disabilities in Canada*. Statistique Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/85-002-x/2021001/article/00006-eng.htm>
- Shah S., Tsitsou L., et Woodin, S. (2016). Hidden voices: Disabled women's experiences of violence and support over the life course ». *Violence against women*, 22(10), 1189-1210. <https://doi.org/10.1177/1077801215622577>.
- Townsend, E. et Polatajko, H. J. (2013). *Habiliter à l'occupation : faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation* (2^e édition). CAOT Publications ACE.
- Warin, P. (2014). Le non-recours : éléments de définition et de présentation des enjeux, *Les politiques sociales*, 2(3-4), 108-121. <https://doi.org/10.3917/lps.143.0108>



Crédit: Nguyen Dang Hoang Nhu

Au prisme des ruptures sociales et des expériences de fragilisation

Saisir l'itinérance

Sue-Ann MacDonald

Professeure agrégée, École de travail social, Université de Montréal
Membre du CREMIS

Philippe-Benoît Côté

Professeur, Département de sexologie, Université du Québec à Montréal
Membre du CREMIS

Stéphanie Houde

Professionnelle de recherche, Université de Montréal

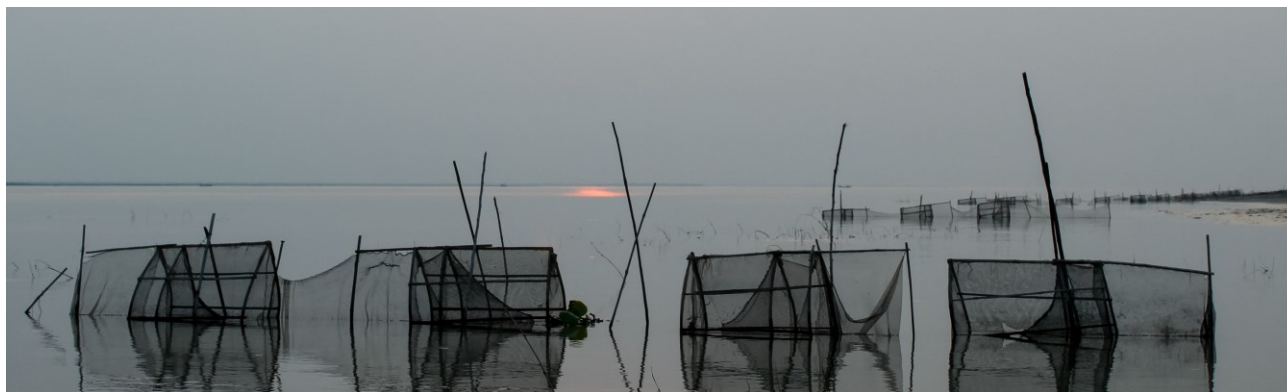
Annie Fontaine

Professeure agrégée, École de travail social et de criminologie,
Université Laval

Élisabeth Greissler

Professeure, École de travail social, Université de Montréal
Membre du CREMIS

RETOURS



Crédit: Shardar Tariku Islam

« Être en situation d'itinérance, ce n'est pas seulement de ne pas avoir de toit sur la tête. C'est toutes les difficultés qui sont associées à la désaffiliation sociale, finalement, qui font d'une personne qu'elle est en situation d'itinérance. » (Intervenant-e, Capitale-Nationale)

L'itinérance s'inscrit dans un processus marqué conjointement par une désaffiliation sociale et une absence de « chez-soi ». Cette idée de processus décrit l'itinérance non pas comme un état fixe, stable et inhérent, mais comme une trajectoire de vie caractérisée par de multiples défis, ruptures, obstacles et contraintes. En d'autres termes, ce processus renvoie à une difficulté « à s'accrocher », à un lieu, à un emploi, à un réseau social, ou aux services d'aide. Tout au long de leur parcours de vie, les personnes peuvent être confrontées à des portes qui se ferment, les excluant au fur et à mesure de différentes sphères de la vie sociale, comme la famille, les amis, l'école, le travail, le logement, les services d'aide, ou encore la citoyenneté. Au fur et à mesure que les personnes en situation d'itinérance, ou à risque de le devenir, font l'expérience de ces difficultés dans leurs parcours de vie, la zone d'intégration s'éloigne et se voit remplacée par une « spirale » (Gélineau, 2008) de zones de vulnérabilité, de désaffiliation et d'assistance, qui s'enchevêtrent au fil des événements.

Dans le cadre du *Deuxième portrait de l'itinérance au Québec*¹, nous avons participé au quatrième volet portant sur l'approfondissement des connaissances². Notre étude qualitative comprenait deux objectifs : d'abord, documenter la diversité des réalités et des perceptions de l'itinérance dans toutes les régions du Québec, en portant une attention particulière à l'itinérance dite « cachée ». Ensuite, documenter les points tournants dans les trajectoires d'itinérance des personnes, et plus spécifiquement les sorties d'institutions et les pertes de logement, en raison des préoccupations soulevées autour de ces enjeux et des possibles points d'ancrage pour intervenir sur ces facteurs précipitants. Pour ce faire, nous avons réalisé 31 groupes de discussion, auprès de 245 intervenant-es, et 44 entretiens semi-dirigés auprès de personnes en situation d'itinérance.

Les intervenant-es participant-es ont été sélectionnés pour leur connaissance fine des différentes formes que prend l'itinérance, en particulier l'itinérance cachée, dans leurs régions. Nous avons ainsi interrogé des membres des tables en itinérance et des comités régionaux intersectoriels en itinérance, des intervenant-es du milieu communautaire et du réseau de la santé et des services sociaux, des travailleuses de rue et des intervenant-es sociaux-ales.

RETOURS

Pour ce qui est des personnes en situation d'itinérance, nous avons privilégié des personnes ayant connu l'itinérance à la suite de sorties d'institutions ou de perte de leur logement (principalement pour répondre au 2^e objectif du mandat de projet de recherche), sans toutefois nous limiter uniquement à ces points de bascule. Le recrutement a été réalisé majoritairement grâce à des informateurs-trices clés, dont des intervenant-es de terrain et des responsables d'organismes communautaires. Malgré une explication claire des objectifs de l'étude, nous étions toutefois tributaires de ces contacts et des personnes acceptant de participer. Cela étant dit, toutes les personnes rencontrées ont eu besoin, à un moment ou un autre de leur vie, de se chercher un endroit où dormir, ou ont fréquenté régulièrement les organismes communautaires pour subvenir à leurs besoins. Elles ont également toutes vécu des passages en institution ou une perte de logement, bien que cela n'ait pas toujours été le point de bascule vers l'itinérance dans leur parcours de vie.

Une analyse thématique et un croisement des narratifs de l'ensemble des témoignages recueillis ont permis de dresser un portrait de l'itinérance et des différents points tournants et de bascule³. Cet article présente les principaux constats qui ont émergé de ces deux objectifs (pour une compréhension plus complète, voir le rapport final).

Être chez soi

Si la situation d'itinérance ne peut être réduite qu'au seul problème du logement, l'analyse des témoignages révèle qu'elle renvoie toujours à un problème de logement, comme discuté par Grimard (2011). Selon les intervenant-es, cette notion de « chez-soi », au cœur du phénomène de l'itinérance, est définie comme « un espace privé qui procure un sentiment de bien-être et de fierté ». À l'instar des concepts de « domiciliation » (Laberge et Roy, 2001) et de « sécurité ontologique » (Morin et al., 2009), soit le sentiment d'être en contrôle et en sécurité dans son environnement quotidien, le « chez-soi » ne se limite pas uniquement à l'obtention d'un logement pour « transformer une maison en foyer » (p.4). Il implique également un ensemble de significations pour les personnes qui l'occupent, et pour celles avec qui elles sont en interaction. Plusieurs auteurs-trices se sont attardés à définir diverses conditions ou dimensions de la sécurité ontologique en lien avec le chez-soi : la constance et la permanence de l'environnement social et matériel, le fait de disposer d'un lieu ou d'un contexte permettant les routines quotidiennes, le contrôle et l'autodétermination au sein de son milieu de vie, le fait de disposer d'un lieu à l'abri de la surveillance du monde extérieur favorisant l'intimité et d'un milieu sécuritaire favorisant la (re)construction identitaire (Dupuis et Thorns, 1998; Padgett, 2007).

Profil des personnes en situation d'itinérance interrogées

Nous avons rencontré 44 personnes en situation d'itinérance, âgées de 20 à 77 ans (moyenne d'âge : 45,5 ans).

♦ Genre :

Hommes : 57%

Femmes : 43%

♦ Groupes d'âge les plus représentés :

50-59 ans : 35,7%

30-39 ans : 26,2%

♦ Lieu de résidence au moment de l'entrevue :

Grands centres urbains : 27 personnes

Villes de taille moyenne : 10 personnes

Petites villes ou villages en milieu rural de la Côte-Nord : 7 personnes

♦ Lieu d'origine :

Canada : 89%, dont une majorité du Québec (84%), venant principalement de Montréal (27,3%).

Étranger : 11%, venant des États-Unis, du Mexique, de Cuba, de pays d'Afrique du Nord et de l'Ouest (la plupart ont migré au Canada à l'âge adulte).



Crédit: Amber Martin

On peut ainsi penser que les milieux fréquentés quotidiennement par les personnes en situation d'itinérance, ou à risque de le devenir, ne respectent pas ces dimensions nécessaires au développement et au maintien de la sécurité ontologique, comparativement au fait de vivre dans un logement stable et sécuritaire (Dorvil et Boucher-Guèvremont, 2013).

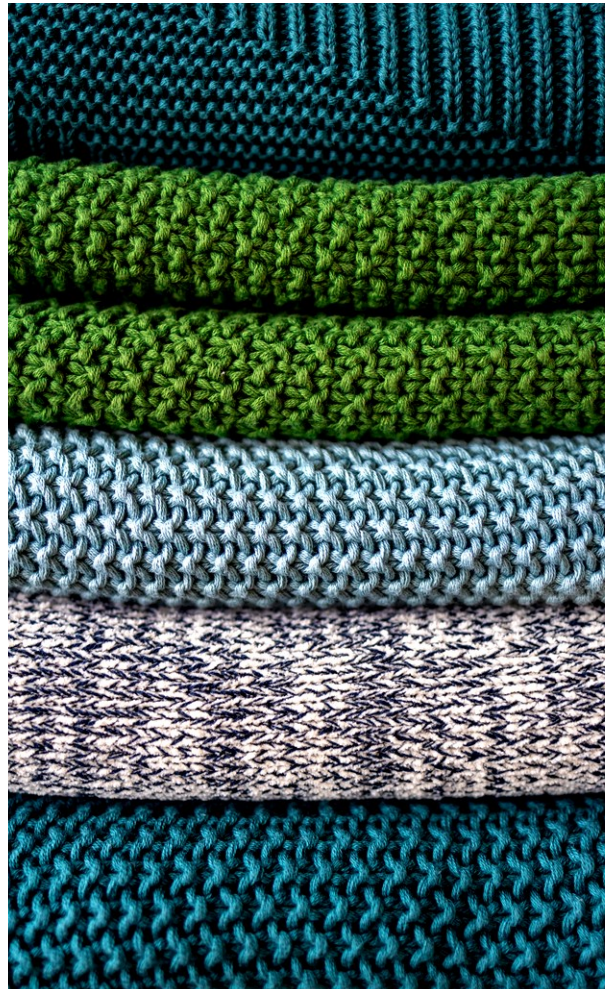
« On peut en avoir à chaque soir un toit, mais si on n'a pas de domicile fixe, de place à nous, pour moi, on est en situation d'itinérance. Parce qu'on se définit aussi par rapport à notre milieu de vie et ça fait partie, en quelque sorte, de notre fierté et de pouvoir s'ancrer à quelque part. » (Intervenant-e, Côte-Nord)

Cette notion d'absence de « chez-soi » recoupe des conditions de vie matérielles particulières et précaires, comme le fait de vivre en milieu d'hébergement, dans la rue, chez des proches ou même chez des personnes qui exploitent cette situation de précarité. Elle renvoie aussi à des conditions de vie symboliques faisant défaut, comme le sentiment d'appartenance ou de sécurité, l'impression d'exister et la reconnaissance citoyenne. Ces conditions vécues par les personnes en situation d'itinérance ne sont donc pas propices au développement et au maintien de la sécurité ontologique, notamment en raison du manque d'intimité et de contrôle sur son environnement, et de l'insécurité physique ou psychologique. Ce double processus de désaffiliation sociale et d'absence d'un « chez-soi » sécuritaire au plan matériel et symbolique conduit les personnes en situation d'itinérance à déployer de multiples stratégies pour s'organiser et se débrouiller dans un contexte précaire et instable.

Vulnérabilité, camouflage, ancrage

Les définitions de l'itinérance s'inscrivent sur un continuum allant d'une définition pointue à une définition très large. Elles peuvent ainsi concerner des situations spécifiques, par exemple les personnes habitant temporairement chez un-e membre de la famille, des ami-es ou des connaissances, ou s'étendre à toutes les formes d'itinérance invisible, ou cachée, comme coucher dans un endroit non conçu pour l'habitation humaine, tels un garage ou une étable (conditions qui, selon d'autres, relèvent plutôt de l'itinérance visible). Elles peuvent également englober divers aspects de précarité domiciliaire, considérés comme autant de facteurs de risque de l'itinérance, comme le fait d'habiter un logement insalubre, surpeuplé, être à risque de violence, d'actes dégradants ou d'expulsion, ou encore le fait de consacrer à son loyer une proportion très importante de son revenu.

Entre le risque d'itinérance (situation domiciliaire précaire), l'itinérance visible (dans la rue ou dans les services dédiés aux personnes en situation d'itinérance, comme les refuges), et l'itinérance cachée, les frontières sont floues. Cet exercice difficile de catégorisation s'explique par le fait que les personnes peuvent rapidement passer d'une situation à une autre selon les expériences de vulnérabilité qui marquent leurs trajectoires, les stratégies de survie



Crédit: Jordan Bigelo

RETOURS

qu'elles mettent en place, les disparités régionales quant à l'offre et à l'accessibilité des services disponibles, ainsi que l'organisation territoriale. Ces distinctions entre les différentes formes d'itinérance permettent néanmoins d'apporter des précisions sur la signification de l'absence de « chez-soi », sur les mécanismes de désaffiliation sociale et sur les lacunes des ressources d'aide. Les caractéristiques propres à chacune de ces formes d'itinérance suggèrent que ce phénomène se construit comme un processus de fragilisation en constante mouvance.

En ce qui a trait à la notion de risque d'itinérance, les témoignages des personnes rencontrées ainsi que la compréhension des intervenant-es révèlent qu'il s'agit d'une situation où les personnes possèdent un « chez-soi », mais se retrouvent exposées à diverses vulnérabilités individuelles et sociales. Si les personnes à risque d'itinérance possèdent un « chez-soi », elles font toutefois face à des situations de grande précarité économique, sociale et relationnelle pouvant les faire basculer, d'un instant à l'autre, vers l'itinérance et la désaffiliation, ce qui renforce leur vulnérabilité. L'image employée par certain-es intervenant-es pour illustrer cette notion de risque d'itinérance est celle de la « goutte de trop » qui propulserait les personnes vers l'itinérance, cachée ou visible.

RETOURS

« Entre le risque d'itinérance, l'itinérance visible, et l'itinérance cachée, les frontières sont floues. »

« Finalement, je me suis fait agresser sur la rue. Il m'a laissée pour morte. Il m'a laissée... il m'a tout fendu. J'ai été trois jours dans le coma. J'ai dégringolé. [...] Pourtant je n'ai jamais fait de dépression, jamais dans ma vie... moi, je suis reconnue même trop pour être une résiliente, une battante, la fille qui fait des manifestations pour le positif, t'sais. Je suis toujours au-devant des autres, aider tout le monde. Là, j'ai tombé bas. Là, j'ai commencé à déménager. Pis j'ai fait neuf déménagements depuis... trois ans. » (Personne rencontrée, Capitale-Nationale)

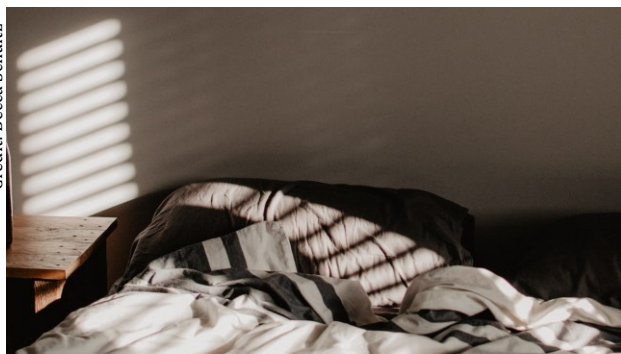
L'itinérance cachée est identifiée comme un mode de vie « organisé » pour éviter l'exposition à la rue et la stigmatisation qui peut en découler. Selon les témoignages, cette forme d'itinérance est perçue comme le résultat de contraintes externes, telles que des difficultés d'accès aux services et l'absence de choix relativement au logement, et ce, dans un contexte marqué par les pressions sociales et politiques visant à camoufler cette réalité. Il s'agit d'une condition plus situationnelle que chronique, qui semble être la forme d'itinérance la plus courante, surtout dans les régions rurales et en périphérie des centres urbains, bien qu'elle y soit également présente dans les centres plus urbains. Elle peut prendre plusieurs formes, comme vivre dans des lieux insalubres, surpeuplés, non sécuritaires ou non destinés à être habités de manière permanente, être hébergé-e « d'une place à l'autre » en mobilisant son réseau social, ou encore avoir recours à des échanges de services pour obtenir un endroit où dormir. Certains comportements ou stratégies, notamment prendre soin de son apparence ou chercher à se fondre dans la masse, peuvent contribuer à l'invisibilisation des personnes en situation d'itinérance.

Pour sa part, l'itinérance visible est associée à une présence ancrée et marquée dans l'espace public, parfois chronique, ce qui engendrerait des conséquences négatives pour les individus (par exemple une désaffiliation sociale plus grande, des impacts négatifs sur la santé physique et mentale, des comportements à risque, du profilage social, une judiciarisation, ou une désorganisation sociale et civile). Selon les témoignages des personnes rencontrées et des intervenant-es, les hommes vivraient davantage en situation d'itinérance visible comparativement aux femmes, et ce type d'itinérance serait plus présent dans les centres urbains, associé à l'image du « clochard qui dort sur un banc de parc ». Selon les intervenant-es interrogé-es, les personnes en situation d'itinérance visible auraient un rapport paradoxal à l'égard des services et des ressources d'aide, dans le sens où, selon leurs trajectoires et leurs contextes de vie, certaines d'entre elles ne mobilisent pas ces ressources et ne souhaitent pas être étiquetées comme vulnérables.

L'existence de ces différentes formes d'itinérance illustre le fait que ce phénomène ne peut se comprendre à la lumière d'une conception dichotomique « exclusion/inclusion », sans tenir compte d'un continuum de vulnérabilité et de lacunes dans les dispositifs d'assistance. L'itinérance devrait plutôt se conceptualiser sous forme d'un processus de fragilisation qui va en s'accroissant, partant d'un ensemble de vulnérabilités individuelles et sociales qui précarise la situation de domiciliation (risque d'itinérance) à un mode de vie organisé au quotidien afin de contrer la précarité domiciliaire et d'éviter la rue (itinérance cachée), jusqu'à une chronicisation du mode de vie dans l'espace public (itinérance visible).



Crédit: mcccxi



Enchevêtrements

Les témoignages révèlent la difficulté de distinguer clairement les points tournants vers l'itinérance. Les divers problèmes vécus par les personnes ont plutôt tendance à s'additionner, à s'accumuler et à s'enchevêtrer, si bien qu'il est difficile, pour les personnes elles-mêmes, de dire ce qui les a propulsées vers l'itinérance.

Cet enchevêtrement de fragilisation n'est pas sans évoquer la notion de la « spirale d'itinérance », employée par Gelineau et al. (2008) pour désigner l'interaction entre les différents facteurs fragilisants et les déclencheurs de l'itinérance qui précarisent les conditions de vie des personnes et les maintiennent dans une situation d'instabilité. Les participant-es ne décrivent donc pas un seul point de bascule de l'itinérance, mais plutôt un enchevêtrement de points de fragilisation qui jalonnent leurs parcours de vie et qui les poussent vers l'isolement et l'exclusion sociale. Parmi les difficultés individuelles rencontrées, les témoignages révèlent des problèmes de santé mentale et physique, des problèmes de dépendances (incluant la dépendance aux substances, la dépendance affective et la dépendance au travail), ainsi que des expériences de victimisation et de conflits, notamment dans la famille.

« J'ai marché un peu dans la pluie et j'ai cru que j'ai attrapé froid. [...] Le problème, c'est que ça n'a pas disparu et j'ai commencé à avoir des douleurs dans ma poitrine. [...] Une pneumonie chronique. [...] Quand je suis devenu malade, je ne suis pas allé au travail, je n'ai pas averti avant, c'est pour ça. [...] J'étais trop malade pour faire ça et puis la dame n'était pas contente, parce qu'elle n'a pas reçu le loyer en temps. Quand je suis allé à l'hôpital, ils m'ont gardé, ils m'ont donné des antibiotiques. [...] [À la sortie de l'hôpital], je suis allé à l'appartement et j'ai trouvé toutes mes affaires dehors, dans la rue. Quand j'ai appelé à mon travail, la dame a répondu : "Vous n'avez plus un travail ici. Donnez-nous une adresse pour vous envoyer [le dernier chèque de paie]". » (Personne rencontrée, Laval)

Selon les intervenant-es, ces difficultés individuelles participent, de près ou de loin, au passage à l'itinérance, entre autres en faisant obstacle à l'accès et au maintien à l'emploi, au logement et aux services d'aide.

« À partir du moment où il y a une désorganisation, où la personne a un suivi en santé mentale, se désorganise et n'est plus capable de faire son budget, n'est plus capable d'aller à ses rendez-vous, c'est à ce moment-là souvent que ça dégringole. Cette désorganisation-là est un point de bascule vers l'itinérance. » (Intervenant-e, Abitibi-Témiscamingue)

Les témoignages révèlent des trajectoires de vie marquées par d'innombrables ruptures interpersonnelles pouvant entraîner un isolement social, tel que documenté ailleurs (Winetrobe et al., 2017). Il peut s'agir de la fuite d'un milieu conflictuel et violent, du départ précipité d'un milieu familial, d'une séparation ou du décès d'un-e conjoint-e ou d'un-e proche, de l'exclusion d'une communauté, d'un déplacement vers une nouvelle région ou de la perte de la garde d'enfants. Toutes ces situations engendrent un effritement du réseau social qui propulse, de manière plus ou moins rapide, les personnes vers l'itinérance.

Ruptures

Les ruptures relationnelles ne sont pas qu'interpersonnelles. Les ruptures géographiques et institutionnelles font aussi parties de ces expériences qui fragilisent les parcours de vie. En région, les difficultés d'accès ou de disponibilité des services amènent les personnes à se relocaliser, à composer avec des interventions inadaptées à leurs besoins ou à s'en priver. Comme d'autres travaux le documentent (ConcertAction femmes Estrie, 2016; MacDonald et Gaulin, 2019), l'accessibilité des moyens de transport semble particulièrement lacunaire dans les régions rurales et éloignées.

« Le transport [dans notre région], c'est difficile pour les gens qui sont sur l'aide sociale, qui doivent payer une chambre à 500\$ et qui ont 650\$, et là ils doivent manger et s'acheter des produits d'hygiène. Il ne t'en reste plus épais pour le transport. Donc là, tu fais comment pour aller à tes rendez-vous, faire tes démarches ou être autonome? » (Intervenant-e, Outaouais)

De plus, la complexité et la rigidité du système d'assistance représentent un obstacle majeur dans les trajectoires des personnes qui les poussent vers l'itinérance. La lourdeur administrative des démarches, les délais d'attente, les conditions de vie au sein des ressources d'aide et l'exclusion des services et des ressources d'aide sont des facteurs qui non seulement propulsent vers l'itinérance, mais qui freinent aussi la réinsertion sociale et empêchent les personnes d'exercer leur pleine citoyenneté. Ces éléments nous amènent à penser qu'il est nécessaire de recentrer le débat sur l'enjeu majeur du non-recours. En effet, le resserrage des critères d'admission à certains programmes, services ou ressources ou la complexification des démarches administratives ont des impacts majeurs, tant pour les personnes en situation d'itinérance qui ne font pas valoir les droits qu'elles sont susceptibles d'avoir, que pour les intervenant-es, qui, pris-es dans la logique de bureaucratie, deviennent des « gestionnaires de l'assistance », particulièrement en matière d'aide sociale (Bourbeau, 2015).

RETOURS

« Quand on prend un lit de crise qui offre au maximum sept jours d'hébergement de dépannage, avec quelqu'un qui n'a aucun revenu, juste de faire la demande d'aide sociale à sa première journée, il y a un dix jours d'attente à l'aide sociale. Fait qu'il part après son sept jours et il n'a pas de revenu, il n'a pas de confirmation d'aide sociale. Et ça, c'est si sa demande est déposée et qu'il ne manque aucun papier là. Fait qu'on s'entend que c'est exclusivement de dépannage et temporaire pis on se retrouve à avoir des gens qui sortent du lit de crise et qu'on redemande un autre lit de crise ailleurs, un peu partout. » (Intervenant-e, Saguenay-Lac-Saint-Jean)

Transitions

Les témoignages illustrent que les passages en institution, comme les hôpitaux, les milieux carcéraux, les Centres jeunesse, ou les centres de thérapie et de désintoxication, peuvent fragiliser les trajectoires des personnes, sans les préparer adéquatement à leur sortie ou à leur transition vers d'autres services. Selon les propos recueillis, les longs passages en institution, particulièrement dans le système d'assistance publique, peuvent nuire aux conditions de vie des personnes, par exemple entraîner une perte de revenus, de logement et d'autonomie. À cela s'ajoutent des sorties de ces institutions souvent précipitées et peu coordonnées avec les ressources externes à ces milieux.



Crédit: JBL

Ce constat est cohérent avec d'autres travaux qui montrent que les services offerts pour les personnes en situation d'itinérance sont souvent fragmentés et non coordonnés (Kumar et Klein, 2013), ce qui contribuerait à augmenter le phénomène des « portes tournantes » (Currie et al., 2018). Par conséquent, les institutions semblent miser sur la débrouillardise individuelle des personnes, sans tenir compte de leur situation domiciliaire lors de leur passage au sein des services.

Dans un contexte où les ressources d'aide sont restreintes et où les délais d'attente sont fréquents, le fait de contacter une ressource, comme un refuge, la veille ou le jour même de la sortie d'un-e patient-e rend impossible une planification adéquate.

« Ça arrive extrêmement régulièrement qu'on a des téléphones des hôpitaux, par exemple, pour nous dire : "Madame doit sortir là, aujourd'hui. Donc allez-vous la prendre, sinon elle va être dans la rue." Ça, c'est quelque chose qui arrive [...]. Et comme on n'a pas de place, eh bien on vient de créer finalement une situation d'itinérance. » (Intervenant-e, Capitale-Nationale)

Il semble que la méconnaissance du phénomène de l'itinérance et de sa complexité empêche les institutions de porter un regard sur les enjeux domiciliaires et de planifier adéquatement les transitions vers les ressources d'aide. L'absence d'une prise en compte des réalités post-institutionnalisation entraîne une certaine invisibilisation quant à la situation de précarité domiciliaire.

Nuances

Malgré la diversité des réalités propres aux différentes régions du Québec, l'étude a permis de mettre en lumière l'existence d'une compréhension commune du phénomène de l'itinérance chez les intervenant-es. D'une part, l'itinérance est perçue comme un phénomène complexe, marqué par la désaffiliation sociale et l'absence d'un « chez-soi » stable et durable. D'autre part, il existe des nuances dans les situations d'itinérance entre le risque d'itinérance, l'itinérance visible et l'itinérance cachée, cette dernière occupant une place majeure, comparativement à l'itinérance visible.

Le passage à l'itinérance renvoie par ailleurs à un processus marqué par de nombreux points de fragilisation. Cela inclut une spirale de fragilisation individuelle, relationnelle et sociale qui pousse les personnes vers l'isolement et l'exclusion sociale, des institutions qui fragilisent les trajectoires des personnes en raison de la méconnaissance de l'itinérance et du manque de planification vers la sortie, ainsi que des obstacles structurels et discriminatoires qui fragilisent l'accès et le maintien en logement. Face à ces constats, l'adaptation des interventions aux réalités et aux besoins des personnes, l'amélioration des pratiques collaboratives, ainsi que la transformation des structures et des institutions sont à envisager afin d'agir sur le phénomène de l'itinérance au Québec.



Bien que cette synthèse ne s'y attarde pas, notre étude montre également qu'il est primordial de considérer les multiples spécificités des parcours et des contextes, pour mieux comprendre le phénomène de l'itinérance. Les particularités régionales, ou de genre, par exemple, influencent entre autres l'accès et le maintien en logement, et sont autant de nuances qui se profilent dans les trajectoires et les points de bascule vécus par les personnes.

Ce projet a mis à jour une réelle appropriation par les acteurs-trices concerné-es d'une perspective nuancée sur le phénomène de l'itinérance. Ils et elles le comprennent comme un processus de désaffiliation sociale, manifestée par une combinaison de facteurs structurels, institutionnels et individuels qui entravent les parcours de vie des personnes, menant à des ruptures sociales et à un déni de citoyenneté. À partir d'une conception de l'itinérance en termes de responsabilité collective, ce projet soulève l'importance d'encourager la mise en place de services d'accompagnement social selon une approche globale, et ce, tout au long du parcours de vie des personnes. Cette idée de l'accompagnement a d'ailleurs été récupérée dans le *Plan d'action interministériel en itinérance 2021-2026*⁴ comme piste d'action essentielle pour répondre, réduire et prévenir l'itinérance au Québec.

Notes

1. <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/itinérance/portrait-de-l-itinerance-au-quebec/>
2. Le rapport final est disponible pour consultation à l'adresse suivante : <https://www.cremis.ca/publications/articles-et-medias/deuxieme-portrait-itinerance/>
3. Dans ce projet, nous nous sommes intéressé-es aux « points de bascule » en tant qu'événements précis qui provoquent subitement la situation d'itinérance : sortie d'institution; perte de logement par exemple. Nous les distinguons des « points tournants » qui font plutôt référence à des situations contextuelles qui peuvent entraîner, à plus ou moins long terme, l'itinérance : la violence conjugale, la toxicomanie, des problèmes de santé, la précarité, entre autres.
4. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2021/21-84601W.pdf>

Références

- Bourbeau, A. (2015). *Techniciens de l'organisation sociale. La réorganisation de l'assistance catholique privée à Montréal (1930-1974)*. McGill-Queen's University Press.
- ConcertAction Femmes Estrie (2016). *Femmes itinérantes à l'abri de la violence : Étude sur les besoins des femmes en situation ou à risque d'itinérance*. https://docs.wixstatic.com/ugd/5a543a_3181bace1f5b455d821e3b22fc0e907e.pdf
- Currie, L. B., Patterson, M. L., Moniruzzaman, A., McCandless, L. C., et Somers, J. M. (2018). Continuity of Care among People Experiencing Homelessness and Mental Illness: Does Community Follow-up Reduce Rehospitalization?. *Health Services Research*, 53(5), 3400-3415. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.12992>
- Dupuis, A. et Thorns, D. C. (1998). Home, home ownership and the search for ontological security. *The Sociological Review*, 46(1), 24-47. <https://doi.org/10.1111/1467-954X.00088>
- Gélineau, L., Pagès, A., Desgagnés, J.-Y., Gaudreau, L., Fréchette, A. et Morency-Carrier, M.-C. (2018). Pauvreté et intervention sociale en milieu rural : présentation du dossier. *Nouvelles pratiques sociales*, 30 (1). <https://doi.org/10.7202/1054258ar>
- Grimard, C. (2011). *Les refuges pour hommes itinérants à Montréal, lieux de passage ou d'ancrage? Enquête sociologique sur une institution paradoxale*. Thèse de doctorat, Université de Montréal. <https://archipel.uqam.ca/4247/1/D2219.pdf>
- Kumar, G. S., et Klein, R. (2013). Effectiveness of case management strategies in reducing emergency department visits in frequent user patient populations: a systematic review. *The Journal of emergency medicine*, 44(3), 717-729. <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2012.08.035>
- Laberge, D. et Roy, S. (2001). Pour être, il faut être quelque part : la domiciliation comme condition d'accès à l'espace public. *Sociologie et sociétés*, 33(2), 115-131. <https://doi.org/10.7202/008314ar>
- MacDonald, S.-A., et Gaulin, D. (2019). The invisibility of rural homelessness in a Canadian context. *Journal of Social Distress and the Homeless*, 29(2), 169-183. <https://doi.org/10.1080/10530789.2019.1688540>
- Morin, P., Crevier, M., Couturier, Y., Dallaire, N., Dorvil, H. et Johnson-Lafleur, J. (2009). Signification du chez-soi et intervention psychosociale à domicile dans les programmes de soutien à domicile, Enfance/Jeunesse/Famille et Santé mentale. CSSS-IUGS. http://www.csss-iugs.ca/c3s/data/files/Signification_du_chez-soi_corr_2011.pdf
- Padgett, D. K. (2007). There's no place like (a) home: Ontological security among persons with serious mental illness in the United States. *Social Science & Medicine*, 64, 1925-1936. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.02.011>
- Winetrobe, H., Wenzel, S., Rhoades, H., Henwood, B., Rice, E. et Harris, T. (2017). Differences in Health and Social Support Between Homeless Men and Women Entering Permanent Supportive Housing. *Womens Health Issues*, 27(3), 286-293. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/j.whi.2016.12.011>

Favoriser le bien-être par les rituels alimentaires

Faire partie du « monde »

François Régimbal

Ph.D., Professeur en sociologie, Cégep du Vieux Montréal

Chercheur, Collectif en sécurité alimentaire du Réseau des villes et régions laboratoires, CREMIS

Membre du CREMIS

RETOURS



Crédit: michelle dot com

Un réfrigérateur rempli ne suffit pas à assurer le bien-être alimentaire d'une personne. Les défis alimentaires ne se réduisent pas au seul accès aux aliments, et s'associent à d'autres enjeux, par exemple à un réseau social déficient, comme l'énonce cette femme de 75 ans vivant seule dans un complexe d'habitation : « Si je *feel* pas une journée, quand même que j'aurais de la bouffe dans mon frigidaire, si je ne peux pas descendre en bas, pouvoir parler avec le monde : ça m'aide pas beaucoup ».

Cet article présente une synthèse de ma thèse de doctorat (Régimbal, 2022) intitulée *Faire partie du « monde » : une sociologie des rituels alimentaires*. Le cas de personnes participant à des organismes d'aide alimentaire à Montréal. Le questionnement qui nourrit cette recherche est né de deux constats. Premièrement, dans les écrits spécialisés notamment en santé publique et en nutrition, on aborde habituellement les défis alimentaires en termes d'« insécurité alimentaire », une expression qui traduit l'accès difficile de certaines populations à des aliments de bonne qualité, et ce, en quantité suffisante. Le deuxième constat est que ce regard plutôt réducteur invite à penser des solutions simplifiées, reposant essentiellement sur le principe de la charité. Alors que celle-ci procure une réponse partielle à l'insécurité alimentaire, elle génère par la même occasion divers effets pervers, notamment celui, déshumanisant, de réduire l'identité des personnes bénéficiaires à l'état de « bouches à nourrir » (Berti et al., 2017). Mentionnons aussi le sentiment de honte ou de gêne que peuvent ressentir les personnes, et le fait que la charité les place dans un rapport à sens unique (Retière et Le Crom, 2018), c'est-à-dire sans réciprocité.

En somme, cette recherche suggère que l'apport nutritionnel ne suffit pas à expliquer les comportements alimentaires du quotidien et les défis qui y sont associés, et que ceux-ci s'insèrent dans un ensemble complexe de facteurs sociaux, culturels et économiques. Ainsi, une meilleure compréhension des défis alimentaires auxquels sont confrontées différentes populations nécessite de porter un regard global sur le rapport qu'entretiennent les individus avec leur alimentation. Afin d'y parvenir, la notion de bien-être, dépassant le cadre de l'insécurité alimentaire, est apparue capable de fournir une vision d'ensemble des défis en question.

Démarche d'enquête

L'ensemble des personnes rencontrées fréquente un ou des organismes communautaires en alimentation mettant de l'avant des « pratiques alternatives », c'est-à-dire qui reconnaissent les individus dans leur globalité, comme des personnes à part entière, en opposition aux pratiques fondées sur la réduction identitaire, auxquelles se rattache la charité (Llobet et al., 2020).

La collecte de données pour cette recherche s'est déployée en trois étapes. Tout d'abord, sept entrevues ont été réalisées auprès d'organismes et organisatrices communautaires d'un CIUSSS montréalais. Cette étape a permis de cibler huit organismes d'aide alimentaire dits « alternatifs », au sens où une rupture avec la charité est proposée.

Par la suite, neuf entrevues auprès de responsables des organismes ciblés ont été réalisées afin de connaître leur vision des défis alimentaires que doivent surmonter les usagers et usagères, et d'en apprendre davantage sur leurs pratiques d'intervention.

En fin d'entretien, il leur était demandé de nous présenter des participants et participantes aux programmes de leurs organismes. Cette troisième étape a permis d'interviewer 33 personnes âgées de 55 à 91 ans, dont 22 femmes et 11 hommes. Selon certains écrits, la population des personnes âgées est plus susceptible que d'autres de fréquenter des organismes d'aide alimentaire (McAll et al., 2015). C'est ce qui nous a conduits à nous intéresser à cette population.



Crédit: Joe Ross. Certains droits réservés. ©

Le bien-être en cinq dimensions

McAll et al. (2014) et Fournier et al. (2013) proposent une approche globale (plutôt qu'individuelle) du bien-être, à travers cinq dimensions sociales : corporelle (santé physique et mentale), matérielle (avoir des conditions de vie adéquates), relationnelle (être bien dans ses rapports avec autrui), décisionnelle (être capable de prendre ses propres décisions) et temporelle (maintenir ses habitudes et routines), qui se situent toutes au carrefour de multiples inégalités sociales. À l'instar de Chambers (1995), pour qui le point de départ pour comprendre le « bien-être » doit s'ancrer dans la parole des personnes, nous cherchons ici à mettre en valeur les propos des personnes interviewées lorsqu'elles racontent leur rapport à l'alimentation. La mise en valeur des propos des participants et participantes permet également de mieux comprendre les motifs pour lesquels ils et elles fréquentent un organisme « alternatif » (Llobet et al., 2020) en alimentation. Les dimensions relationnelle, matérielle et temporelle (à travers les rituels alimentaires) ont ainsi émergé comme des dimensions centrales du bien-être alimentaire des personnes, c'est donc sur celles-ci que nous nous attarderons.

Solitude subie

Les personnes rencontrées ont souligné à maintes reprises vivre un mal-être alimentaire, qu'elles associent à un quotidien imprégné par la solitude. Par exemple, un homme de 67 ans nous a confié que, depuis le début de sa retraite, il est entré « dans un autre monde [...] un monde sans compagnons ». Dans le même sens, nombreuses ont été les personnes à faire un lien entre la retraite, un effritement de leur réseau social, la solitude et des changements dans leurs habitudes alimentaires. Un homme âgé de 72 ans parle de cette étape en termes de « deuil ». Le « deuil » que représente la perte de relations avec ses collègues, mais aussi le « deuil » d'être actif et de jouer un rôle positif au sein de sa communauté. Comme il le formule : « oui, il y a des petites choses dans l'appartement puis autour du bloc, mais sinon c'est une constante qui est là : confronté à moi-même [...] il y a pas grand-chose que tu peux faire [...] on s'éloigne avec le temps. [...] Donc c'est aussi un deuil ».

Cette nouvelle phase, caractérisée par une « solitude subie », selon les termes de Kirouac et Charpentier (2018), est vécue comme étant « vraiment pénible ». Un homme de 63 ans et vivant seul a même développé une aversion à la vie diurne qui reflète « encore plus [sa] solitude » : « ça me pèse dessus ». Pour certaines personnes, l'amorce de la retraite est ainsi venue bouleverser plusieurs aspects de leur vie quotidienne, de l'effritement de leur réseau social à la désorganisation que provoque la fin du travail rémunéré, pouvant générer un sentiment de perte de sens. Ces perturbations s'accompagnent dans certains cas d'une perte de motivation à préparer les repas, voire d'une perte d'appétit.

RETOURS

« les comportements alimentaires peuvent renvoyer aux célébrations sacrées de la vie quotidienne et de l'identité collective »

Précarité

L'accès difficile aux aliments vient pour plusieurs personnes se superposer à des conditions de vie caractérisées par la précarité. Une femme de 75 ans traduit bien cette idée lorsqu'elle affirme que « l'insécurité alimentaire suit l'insécurité du logement. [...] Il faut payer son logement avant de manger ».

Ce constat fait écho aux travaux de Townsend (1987) au sujet de la privation, susceptible de prendre des formes diverses, notamment celle du manque de « variété dans le frigidaire ». Selon une personne rencontrée âgée de 65 ans, avant qu'elle ne fréquente un organisme, son régime alimentaire se réduisait à manger jour après jour les mêmes aliments, comme du riz ou des aliments au rabais, correspondant à ses capacités budgétaires : « [...] je mangeais quasiment juste du riz frit régulier », parce que c'est « peu coûteux » et « ça bourre ».

Aux yeux d'une femme de 75 ans qui fréquente un organisme alternatif en alimentation, il est « impossible d'imaginer les préjugés qu'on doit vivre [voix très émotive]. Les premiers du mois, bien quand on allait pour échanger notre chèque, bien monsieur, il y avait des files, puis là les gens j'ai déjà entendu ça, là : "Oh qu'est-ce que tu veux, aujourd'hui c'est la journée des câlisses de BS" ».



Crédit: Robert Levonyan

Comme si cette humiliation n'était pas suffisante, un homme raconte que certains organismes d'aide alimentaire fondés sur la charité exigent de prouver sa précarité. Cet homme de 59 ans raconte devoir « se présenter à la porte de l'église, avec un bail, puis la carte de l'aide sociale, puis ils nous donnent un coupon pour aller à [nom de l'organisme] ». Cette exigence au guichet d'entrée peut faire naître un sentiment de honte ou de gêne chez certaines personnes. Comme le dit une participante de 73 ans, il s'agit souvent d'individus habitués à « s'arranger eux-mêmes, et à un moment donné... bang. Tu sais, c'est la gêne, la gêne ».

L'analyse a également fait ressortir les difficultés des participants et participantes à être autonomes et à vivre selon leurs propres valeurs. En effet, les inégalités de richesses produisent un ensemble d'effets complexes qui peuvent se répercuter dans le quotidien alimentaire des individus. Par exemple, une personne souligne que le recours aux banques alimentaires, qui s'explique en partie par la précarité économique, l'oblige à consommer des produits pas forcément conformes à ses valeurs, notamment ceux qui sont préparés dans le non-respect des producteurs et productrices, et de l'environnement. Elle explique ainsi la manière dont les banques alimentaires portent atteinte à sa dignité en lui refusant la possibilité de décider, en toute autonomie, de la composition de son régime alimentaire.

Rituels

La plupart des personnes rencontrées ont abordé leur rapport à l'alimentation en termes de gestes ritualisés. Parler de ces gestes qu'elles reproduisent chaque jour a permis d'entrer dans l'intimité de leur vie quotidienne : « c'est personnel comme question » (participante, 84 ans).

Ludwig (1998), qui s'est intéressée au lien entre le bien-être et les routines, affirme qu'en vieillissant, les personnes ressentent le besoin de poser des gestes qui ont un sens pour elles, prenant dans certains cas la forme d'une ritualisation. Maffesoli (1980) propose l'idée selon laquelle les gestes ritualisés constituent une « résistance » à la dureté de la vie, comme les personnes l'ont raconté, afin de faire face à la solitude, à la précarité économique ou encore l'absence de rôle social.

Les propos des participants et participantes suggèrent que la dimension temporelle de l'alimentation s'incarne dans trois types de rituels, soit les pratiques alimentaires exécutées seul-es, celles qui s'exécutent en contexte d'interactions sociales, et celles liées à des événements collectifs et des moments festifs autour de l'alimentation. De plus, alors que les écrits spécialisés présentent ces rituels séparément, les personnes en parlent d'une manière plus organique, laissant entrevoir leur coexistence.

Crédit: JBL



Les rituels qui se vivent en solitaire concernent tant l'achat que la préparation et la consommation des aliments. Par exemple, une dame confie que « c'est le traditionnel, toujours, chez nous ». En fait, cette participante de 69 ans, qui vit seule, décrit un quotidien alimentaire dans lequel elle cuisine à répétition des plats de son pays d'origine (« chez nous »). Une autre dame, de 67, ans indique qu'elle préfère sortir de la ville pour faire ses achats à Brossard, dans un commerce qu'elle avait coutume de fréquenter et qu'elle associe à un sentiment de liberté et de détente : « [...] j'y vais toutes les semaines. [...] je prends le volant puis je relaxe ».

La ritualisation de comportements alimentaires, même lorsqu'ils sont exécutés seul-e, peut aussi être une manière de faire entrer le social dans un lieu dépourvu d'interaction immédiate. Les travaux de Goffman (1973, 1976) sont éclairants à ce sujet : ils amènent à suggérer que cette ritualisation peut constituer pour certaines personnes une extension temporelle d'interactions passées, en souvenir de gestes ayant été posés auparavant avec d'autres, maintenant disparu-es, ou absent-es dans l'immédiat. Par exemple, quelques personnes ont expliqué apprécier certains plats qu'elles avaient pour habitude de préparer et de consommer avec leurs anciens et anciennes partenaires de vie.

Le second type de rituels alimentaires se rattache aux interactions sociales. Il est lié à la dimension relationnelle du bien-être, tout en mettant l'accent sur les codes et les règles qui encadrent les rapports sociaux autour du repas. Comme on l'a vu, aborder son rapport à l'alimentation est prétexte à parler de son rapport aux autres.

Le partage de nourriture est ainsi, pour certaines personnes, au cœur du maintien des rapports familiaux ou d'amitié. À ce titre, une femme de 66 ans évoque qu'elle ne « trouve pas le temps de voir du monde, ça fait que le prétexte c'est le repas ». Malgré ses difficultés à interagir avec des membres de son entourage, elle souligne son désir de garder vivantes ces relations qu'elle estime vitales, et explique y parvenir grâce aux repas partagés au sein de l'organisme alternatif qu'elle fréquente. Selon elle, les manières de table facilitent les échanges entre convives, et le contexte des repas partagés allège l'inconfort qu'elle ressent habituellement lors d'interactions sociales.

Enfin, les comportements alimentaires peuvent renvoyer aux célébrations sacrées de la vie quotidienne et de l'identité collective. Une des personnes rencontrées aborde la représentation qu'elle se fait de son rapport à l'alimentation dans des termes qui vont au-delà de la simple routine. Pour cet homme de 66 ans, « le repas est quelque chose de symbolique ou de spirituel [...] manger, c'est un rituel, c'est un vrai rituel ». Ces propos font écho aux réflexions de Durkheim (1912), pour qui les rituels constituent l'« expression sacrée » de la communauté et un rappel pour les individus de leur appartenance au groupe. La participation à des rituels collectifs autour de l'alimentation (jardins, cuisines et repas collectifs) peut également représenter une occasion de dépasser son individualité, en accomplissant quelque chose de permanent, du fait qu'on participe à façonner la collectivité d'aujourd'hui et de demain.



Crédit: Priscilla du Preez

RETOURS

Alternatives

Comme suggéré précédemment, les organismes sélectionnés dans le cadre de ce projet sont considérés comme des alternatives qui, selon les termes de Llobet et al. (2020), proposent une rupture avec l'approche de la charité et, par la même occasion, avec la réduction identitaire. Plusieurs facteurs expliquant la fréquentation à ces organismes alternatifs ont été évoqués tant par les participants et participantes que par les intervenants et intervenantes, notamment sur les fronts du bien-être relationnel, matériel et temporel.

Sur le premier front, plusieurs personnes ont mentionné fréquenter un organisme alternatif pour « casser la croûte » en compagnie d'autres personnes et, ainsi, briser l'isolement, rencontrer des gens, se raconter et écouter les autres se raconter. Comme le formule une personne interviewée, « l'isolement c'est très grave ». Ainsi, l'organisation de repas collectifs et d'activités diverses ravive l'appétit de certain-es participants et participantes ayant gagné, ou regagné, un bien-être relationnel.

Ces organismes alternatifs représentent la possibilité de retrouver quotidiennement « sa gang » avec à la clé la possibilité de s'amuser. Selon certaines intervenantes rencontrées, les usagers et usagères formulent également le désir d'interagir avec des individus appartenant à divers groupes, notamment en termes d'âge et de classe sociale. Certains organismes développent donc des activités fondées sur la mixité sociale, qui est perçue comme une solution pertinente pour contrer la solitude subie.

Du point de vue matériel, au-delà de la position de rupture adoptée par ces organismes quant aux pratiques de charité, ils permettent aux participants et participantes un accès à de bons repas, variés et peu coûteux. En d'autres termes, l'objectif n'est pas seulement de favoriser l'accès à des denrées alimentaires en quantité, mais aussi d'assurer leur qualité. Un exemple qui illustre bien cette préoccupation est l'organisation d'ateliers de cuisine collectifs, durant lesquels les personnes partagent leurs compétences culinaires pour préparer des plats savoureux, de bonne qualité et à faible coût.

Enfin, sur le front du bien-être temporel, la fréquentation d'organismes alternatifs en alimentation est aussi l'occasion pour plusieurs personnes d'orchestrer leur emploi du temps, comme l'explique une personne ayant vécu le passage à la retraite comme un « deuil ». À travers ce retour à des gestes répétés autour de l'alimentation, plusieurs personnes ont affirmé retrouver un sens à leur existence.

Au-delà de tous ces motifs et facteurs, les personnes mentionnent fréquenter des organismes alternatifs parce qu'elles s'y sentent appréciées dans leur globalité et leur humanité. Bien que la nourriture soit au centre de leur participation, elles y viennent également pour « faire des sorties », des activités, « assumer des responsabilités », pour se « sentir importantes », « utiles », bref, « être vues comme des humains ».

En d'autres termes, les personnes expliquent qu'elles choisissent de fréquenter ces organismes parce qu'on s'y soucie de leur bien-être global, et non seulement de leur sécurité alimentaire.

La thèse montre que fréquenter des organismes communautaires alternatifs en alimentation permet dans certaines circonstances aux participants et participantes d'être de nouveau des personnes à part entière, au lieu de se voir réduit-es à des « bouches à nourrir ». En étant traité-es dans leur globalité, les personnes disent ressentir un bien-être qu'on peut associer à une forme d'humanisation. Ce constat met en évidence notre capacité collective à développer des lieux participatifs offrant une place centrale à l'alimentation, dans lesquels les individus, en agissant ensemble, arrivent à dépasser leur propre individualité ainsi qu'à trouver, ou à retrouver, un sens à leur existence. Enfin, c'est notamment par ces rituels, particulièrement ceux qui renvoient à des célébrations collectives et dans lesquels la personne est reconnue à part entière, qu'elle peut aspirer à faire partie du monde.



Références

- Berti, F., Duran, P., Fournier, A., Llobet, M., Magaña, C. R., Mazaëff, C., McAll, C., Myaux, D., Ngnafeu, M., Peñafiel, M., Régimbal, F., Rondeau, S.-O., Serré, A., Soucisse, F., et Villet, C. (2017). Pour une approche globale et solidaire en sécurité alimentaire *Revue du CREMIS*, 10(1), 44-51. <https://cremis.ca/publications/articles-et-medias/pour-une-approche-globale-et-solidaire-en-securite-alimentaire/>
- Chambers, R. (1995). Poverty and livelihoods: Whose reality counts?. *Environment and Urbanization*, 7(1), 173-204. <https://doi.org/10.1177/095624789500700106>
- Durkheim, E. (1998 [1912]). *Les formes élémentaires de la vie religieuse*. Presses universitaires de France.
- Fournier, A., Godrie, B. et McAll, C. (2013). *Vivre et survivre à domicile : le bien-être en cinq dimensions*. Rapport de recherche. Centre de recherche montréalais sur les inégalités sociales, les discriminations et les pratiques alternatives de citoyenneté (CREMIS). <https://www.cremis.ca/publications/dossiers/vivre-et-survivre-a-domicile-le-bien-etre-en-cinq-dimensions/>
- Goffman, E. (1973). *La mise en scène de la vie quotidienne*. Minuit.
- Goffman, E. (1976). *Les rites d'interaction*. Minuit.
- Kirouac, L. et Charpentier, M. (2018). Solitudes et vieillissement : les expériences d'âinés qui vivent seuls. *Sociologie et sociétés*, 50(1), 157-182. <https://doi.org/10.7202/1063695ar>
- Llobet Estany, M., Durán Monfort, P., Magaña Gonzales, C. R., Muñoz Garcia, A. et Píala Simioli, E. (2020). Précariation alimentaire, résistances individuelles et expériences pratiques : regards locaux, régionaux transnationaux. *Anthropology of food*, 15. <https://doi.org/10.4000/aof.10931>
- Ludwig, F. M. (1998). The unpackaging of routine in older women. *The American Journal of Occupational Therapy*, 52(3), 168-175. <https://doi.org/10.5014/ajot.52.3.168>
- Maffesoli, M. (1980). Le rituel et la vie quotidienne comme fondements des histoires de vie. *Cahiers internationaux de sociologie*, 69, 341-349.
- McAll, C., Van de Velde, C., Charest, R., Roncarolo, F., McClure, G., Dupéré, S., Régimbal, F., Lupien, P.-L., Mazaëff, C., Villet, C., Ngnafeu, M., Llobet Estany, M., Durán Monfort, P., Berti, F. (2015). Inégalités sociales et insécurité alimentaire : réduction identitaire et approche globale. *Revue du CREMIS*, 8(2), 44-51. <https://cremis.ca/publications/articles-et-medias/inegalites-sociales-et-insecurite-alimentaire-reduction-identitaire-et-approche-globale/>
- McAll, C., Fournier, A. et Godrie, B. (2014). Vivre et survivre à domicile : le bien-être en cinq dimensions. *Revue du CREMIS*, 7(2), 4-8. <https://www.cremis.ca/publications/dossiers/vivre-et-survivre-a-domicile-le-bien-etre-en-cinq-dimensions/>
- Régimbal, F. (2022). *Faire partie du « monde » : une sociologie des rituels alimentaires. Le cas de personnes participant à des organismes communautaires à Montréal*. Thèse de doctorat en sociologie. Université de Montréal.
- Retière, J.-N. et Le Crom, J.-P. (2018). *Une solidarité en miettes. Socio-histoire de l'aide alimentaire des années 1930 à nos jours*. Presses universitaires de Rennes.
- Townsend, P. (1987). Deprivation. *Journal of Social Policy*, 16(2), 25-146. <http://doi.org/10.1017/S0047279400020341>



Crédit: Bernard Spragg. Certains droits réservés. ©

Les **Diners d'apprentissage** **en itinérance**

se poursuivent cet hiver!

Vous travaillez au sein du réseau de la santé et des services sociaux ou du milieu communautaire et vous souhaitez approfondir vos connaissances pour mieux intervenir auprès des personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir?

Les Diners d'apprentissage en itinérance sont pour vous!



Découvrez la programmation et les événements disponibles en réécoute

À venir au CREMIS
Nouvelles dates de formations
portant sur les traumatismes complexes
et les populations vulnérabilisées.

Détails avec le code QR



Restez à l'affût!