

CREMIS

Revue du

Portes de sortie

Évaluation interdisciplinaire des contraintes
à l'emploi

Déjudiciarisation et itinérance

Des liens qui soutiennent et qui stabilisent

POLYCHROME GLAZED POTTERY
FIGURINE OF MAN LEADING A CAMEL
Tang, A.D. 618 ~ 907

Centre de recherche de Montréal
sur les inégalités sociales, les discriminations,
et les pratiques alternatives de citoyenneté

Vol.10 No.2

AUTOMNE 2017



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, Jean-Baptiste Leclercq, Christopher McAll (responsable), Geneviève McClure, Nicolas Sallée
Équipe de production pour ce numéro : Christopher McAll, Rachel Benoît, Audrey Besnier

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».

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

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

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

Photo page couverture: cmca mmxviii



cmca mmmxvii

Inégalités sociales
Discriminations

Pratiques alternatives de citoyenneté

Portes de sortie

«les professionnels du CRAN doivent manier «l'art de l'interprétation» pour mettre en balance leurs savoirs scientifiques et expérientiels avec les histoires uniques de chacun des usagers»

«Certes ce programme libère partiellement ou totalement les personnes qui peuvent y participer de leur dette judiciaire, mais il n'est pas une panacée»

«Les personnes catégorisées comme ayant une déficience intellectuelle sont particulièrement défavorisées dans une société méritocratique, puisque peu d'espaces d'épanouissement et de socialisation sont créés pour des personnes dont les compétences et l'utilité sociale sont peu reconnues.»

(suite à la page 16)

SOMMAIRE

REGARDS

Désindustrialisation et gentrification à Saint-Henri :
des tanneries aux cafés branchés
*Olivier Lavoie-Ricard, Donrock Pierre Alexis,
Véronique Gagné, Cécile Van de Velde* 4

Des jugements d'expulsion à la chaîne : l'accès à la
justice à l'épreuve de l'industrie judiciaire
Martin Gallié 9

DOSSIER

Portes de sortie 15

Évaluer la contrainte sévère à l'emploi :
travail interdisciplinaire et processus complexes
Nadia Giguère, Stéphane Handfield, David Barbeau 16

Déjudiciarisation et itinérance : bénéfices et paradoxes
d'un programme d'accompagnement à la Cour
Isabelle Raffestin, Véronique Fortin 24

Accompagnement psychosocial en déficience intellectuelle
et en itinérance : des liens qui soutiennent et qui stabilisent
Stéphane Handfield 30

RETOURS

Travail et organisation communautaire à Barcelone et à
Montréal : survivants ou protagonistes
Marta Ballester Frago 37

Normes genrées et rapports intimes : la vulnérabilité
sexuelle des jeunes
Emmanuelle Arpin 43



cmca mmmxvii

Désindustrialisation et gentrification à Saint-Henri

Des tanneries aux cafés
branchés

Olivier Lavoie-Ricard,
Donrock Pierre Alexis,
Véronique Gagné,

étudiant.e.s à la maîtrise en sociologie
Université de Montréal

Cécile Van de Velde

professeure en sociologie,
Université de Montréal
membre du CREMIS¹

REGARDS



Le quartier Saint-Henri tient une place bien particulière au sein de l'imaginaire des Montréalais. Célébré dans le roman *«Bonheur d'occasion»* de Gabrielle Roy² et dans le documentaire *«Saint-Henri, le 5 septembre»* d'Hubert Aquin³, cet ancien quartier industriel du sud-ouest de la ville évoque encore la nostalgie d'un Montréal populaire et ouvrier. Et pourtant, pour qui s'y promène aujourd'hui, la métamorphose est frappante. Ce quartier des vieilles tanneries est devenu un haut-lieu de cafés, de brasseries et de restaurants huppés. Saint-Henri, hier quartier «populaire», est devenu un quartier «branché». Cette métamorphose va de pair avec l'arrivée de nouveaux habitants issus des classes moyennes et aisées, qui cohabitent désormais avec les résidents de longue date. De ce fait, au-delà de sa métamorphose visuelle, le quartier devient aussi un creuset de nouvelles inégalités sociales, concentrées à l'échelle d'un espace restreint.

Avec une équipe de jeunes chercheurs associés au CREMIS⁴, nous nous sommes penchés sur cette dynamique de la gentrification à Saint-Henri, dans le but de dévoiler les mécanismes à l'œuvre et les rapports sociaux qui se nouent entre les différentes strates d'habitants. Cet article présente en survol l'histoire longue du quartier, pour mieux mettre en perspective les enjeux et les effets de cette «gentrification» accélérée.

*Saint-Henri-des-Tanneries*⁵

L'ouvrage *Pignon sur rue* des historiens Benoit et Gratton (1992) nous donne une vue d'ensemble du quartier Saint-Henri au fil des âges, allant de

ses origines jusqu'aux années 1960. La colonie de la Nouvelle-France se développe économiquement grâce, entre autres, à la pelleterie. Ceux qui font le commerce des peaux et des fourrures descendent souvent le fleuve Saint-Laurent jusqu'aux rapides de Lachine, où ils doivent passer par la terre ferme afin d'arriver à Ville-Marie, qui deviendra plus tard Montréal. À l'époque, deux chemins permettent de faire ce passage: le chemin du Coteau-Saint-Pierre, longeant le nord du Lac-aux-Ioutrés (suivant le tracé de l'actuel canal Lachine) et le chemin de Lachine, suivant la rive nord du fleuve Saint-Laurent.

Le village des tanneries s'établit sur le premier chemin, permettant aux voyageurs de faire escale, puisque de Lachine à Montréal il fallait environ une journée de voyage par route boueuse ou enneigée, selon la saison. Déjà plusieurs colons s'établissent dans de petites fermes. On remarque le potentiel du lieu pour l'établissement de tanneries, ce qui pousse en 1685 l'intendant Jean-Talon à l'investir pour cette occupation (Héritage Montréal, 2006). Les procédés de tannerie nécessitant un important approvisionnement en eau, le Lac-aux-Ioutrés ainsi que les moult petits ruisseaux répondent bien à cette nécessité. L'odeur dégagée par ces opérations demande d'éloigner les tanneries de la ville centrale (Robert, 2014). Enfin, les fréquents incendies à Montréal poussent les habitants à s'y établir. Entre 1685 et 1825, on voit donc un village-relais se transformer en centre de tannage de pelleteries – connu sous le nom Saint-Henri-des-Tanneries.

L'«étau de fer»

La construction du canal de Lachine, ainsi que l'arrivée du chemin de fer, viennent chambouler la vie de cette communauté. L'inauguration du canal en 1825 permet alors aux voyageurs de délaisser le chemin du coteau Saint-Pierre et d'accéder plus rapidement à Montréal par le canal, dépouillant ainsi Saint-Henri-des-Tanneries de son rôle de village-relais. Néanmoins, le village continue à se construire autour de la circulation de personnes et de marchandises. Le chantier du canal amène une population irlandaise fuyant la famine en Irlande, population qui s'installe dans Victoriatown (aujourd'hui Griffintown). Le canal offre une alimentation en eau et une voie d'accès par navire indispensables à l'activité industrielle. Plusieurs entreprises industrielles s'installent aux abords du canal, d'où son élargissement en 1843-48 et en 1873-85. C'est le début de l'industrialisation de Saint-Henri. Le village de tanneurs et d'agriculteurs devient la paroisse de Saint-Henri-des-Tanneries lors de la Confédération en 1867, avant de devenir une municipalité en bonne et due forme en 1875. Sa population

est alors majoritairement canadienne française. Le village perd peu à peu son allure rurale avec la construction de logements en briques bâtis par des promoteurs immobiliers (Héritage Montréal, 2006). Les frontières de la municipalité établies à l'époque ne changeront pas jusqu'à aujourd'hui : la rue Saint-Antoine au nord, le canal de Lachine au sud, le chemin de la Côte-Saint-Paul à l'ouest et l'avenue Atwater à l'est. L'hôtel de ville est construit en 1883 et accueillera les nouveaux services de pompiers et de police.

Une deuxième phase d'industrialisation, plus ample et rapide que la première, voit l'arrivée des usines ferroviaires du *Grand Trunk*, ainsi que l'installation de plusieurs industries, dont, entre autres, *Canadian Malting*, *Dominion Textile*, *Imperial Tobacco*, *William Sewing Machine*, *Redpath Sugar*, *Belding Corticelli* et *RCA Victor*. (High et al., 2017). Les besoins en termes de main-d'œuvre font grossir la population du quartier, qui passe de 6 400 en 1881 à 21 000 en 1901 (Robert, 2014). Les usines et entrepôts du sud-ouest de Montréal, aux abords du canal de Lachine, constituent la plus grande concentration industrielle du Canada à l'époque de la Première Guerre mondiale. Pour reprendre l'expression de Benoit et Gratton, cette communauté ouvrière se voit «encerclée comme dans un étau de fer» où les voies ferrées, le canal et les industries concentrent la population dans un espace restreint. Soumis à des conditions de travail difficiles, ouvrières et ouvriers mènent des luttes syndicales et établissent des sociétés de secours populaire et de garderies. Il ne s'agit pas pour autant d'un quartier ouvrier homogène. Il y avait également une élite composée de notables et de petits commerçants demeurant au nord du quartier, sur la rue Saint-Antoine dans le secteur Sainte-Cunégonde, ou encore regroupée autour des quelques squares. Aujourd'hui, on peut encore remarquer par l'architecture les secteurs où habitaient les mieux nantis.

En 1905, Saint-Henri est annexée à Montréal. La municipalité accuse des dettes importantes en raison des exemptions de taxes accordées aux grandes entreprises (Héritage Montréal, 2006; Robert, 2014). La voirie est en piteux état et les égouts débordent fréquemment. En 1894, on peut encore voir des tramways tirés par des chevaux sur la rue Notre-Dame et, en 1905, des trottoirs en bois et un éclairage des rues au gaz. Alors qu'ailleurs dans la ville de Montréal, les maisons en bois sont interdites pour éviter les incendies, dans le quartier de Saint-Henri, ce genre de construction est accepté. Il s'agit d'un atout pour les industries, les ménages ouvriers ayant accès à des logements à prix modique (Benoit et al., 1992)

REGARDS

«Les résidents ne sont pas encore au bout de leur peine quand l'élite politique de la ville veut faire table rase du passé dans les années 1960»



Désindustrialisation

Saint-Henri est durement frappée par la crise économique de 1929. De nombreuses usines ferment leurs portes, tandis que celles qui réussissent à

survivre quittent progressivement le quartier afin de s'établir dans des complexes industriels plus modernes. Le chômage devient alors l'apanage de la majorité des familles. La construction du nouveau poste de pompiers, ainsi que du marché Atwater, sont des legs de cette époque, s'inscrivant dans la stratégie d'atténuer l'effet de la crise par le lancement de travaux publics (Robert, 2014). Après la Deuxième Guerre mondiale, le quartier continue à subir les effets de la désindustrialisation, à l'instar de l'ensemble du grand Montréal (*L'Autre Montréal*, 2011). Entre 1951 et 1971, 30000 personnes quittent le quartier, faute de travail (Benoit et Gratton, 1992).

Le canal de Lachine, qui était le centre de l'activité industrielle, est délaissé au profit de la nouvelle voie maritime du Saint-Laurent. Le canal est devenu officiellement non fonctionnel en 1973, avant de se voir attribuer une vocation socioculturelle l'année suivante. Le quartier n'est plus le quartier ouvrier qu'il était, même s'il reste un quartier populaire souvent considéré typiquement canadien-français.

Expropriation et «ingénierie sociale»

Saint-Henri se trouve ainsi transformée, avec des anciennes usines abandonnées, des terrains vancants laissés à eux-mêmes, la diminution de la circulation sur les chemins de fer et l'abandon du canal (Héritage Montréal, 2006; Robert, 2014). Les résidents ne sont pas encore au bout de leur peine quand l'élite politique de la ville veut faire table rase du passé dans les années 1960 afin d'entreprendre de grands chantiers de modernisation. Dans cette course au progrès et avec une volonté de rayonner à l'international (notamment dans le cadre de l'Exposition universelle de 1967 et des Jeux Olympiques de 1976), sont entamés des grands projets de «rénovation urbaine», tels, par exemple, La Ronde, la Place des Arts, la tour de Radio-Canada, le Complexe Desjardins et les autoroutes aux voies de circulation rapide. L'idée est, entre autres, d'«assainir» la ville, d'améliorer la planification urbaine et d'éradiquer les taudis. Dans la veine de «l'ingénierie sociale» de l'époque, les habitations jugées insalubres sont identifiées pour être ensuite «nettoyées» (*L'Autre Montréal*, 2011). Les photos de l'exposition *Quartiers disparus* du Centre d'Histoire de Montréal montrent la brutalité et la violence derrière cette volonté dite «rationnelle» et «objective» d'«assainissement» (Bednarz, 2013).

Avec le développement des banlieues autour de Montréal, on décide de construire une autoroute afin d'accélérer l'accès au centre-ville. La construction de l'autoroute Ville-Marie nécessitera l'expropriation de 3 300 ménages et la destruction

de quartiers entiers tout au long de sa construction (Bednarz, 2013). Ces nouvelles voies rapides transformeront de façon décisive le quartier Saint-Henri, augmentant l'impression d'enclave qu'il suscite. Comme si le passé se répétait, la désuétude de l'échangeur à la jonction de deux autoroutes, qui date de cette époque, nécessite aujourd'hui sa rénovation et, par la même occasion, de nouvelles expropriations d'habitants de Saint-Henri, (Mazataud, 2011). Des groupes populaires et citoyens – tels le *Projet d'Organisation Populaire d'Information et de Regroupement* (POPIR) fondé en 1969, et le *Regroupement pour la relance Économique et sociale du Sud-Ouest* (RESO) fondé en 1989 – se sont opposés à ces grands chantiers et surtout aux expropriations, en valorisant le patrimoine industriel tout en militant pour l'amélioration de la qualité de vie des habitants (Héritage Montréal, 2006; Robert, 2014).

Clivage ou mixité

Depuis le milieu des années 1990, plusieurs observateurs voient un «nouveau vent souffler sur Saint-Henri» (Héritage Montréal, 2006), ou encore «une renaissance du quartier» (Robert, 2014). La patrimonialisation du canal Lachine, l'arrivée de nouvelles entreprises telles la *Brasserie McAuslan*, *Domtex*, *Toiles Johnson*, *Studio Victor* et une foule de «créatifs» issus de «l'industrie culturelle», sont alors citées comme ajouts positifs dans la «revitalisation» de Saint-Henri (Tremblay *et al.*, 2000). Certains groupes de pression voient cette métamorphose comme un moyen de «renverser le déclin économique» en favorisant «la diversité sociale» et l'«augmentation du capital social» du quartier (Geloso *et al.*, 2016).

D'autres voient plutôt dans ces transformations un processus où de nouveaux arrivants plus fortunés viennent s'installer dans le quartier pour en chasser les résidents déjà présents. L'augmentation du prix des loyers, la diminution du nombre de commerces offrant des produits à prix abordable et la polarisation des services dans le cadre d'un «entre-soi sélectif» (Donzelot, 2004) sont alors décriées comme autant de conséquences néfastes de ces transformations. À titre d'exemple, le POPIR fait le constat que 2000 nouveaux condominiums (faisant partie de 23 projets immobiliers distincts) ont été construits dans le quartier entre 2005 et 2011, comparativement à 147 logements sociaux. Les habitants du quartier semblent divisés sur cette question. S'agit-il d'un clivage social en émergence entre nouveaux arrivants et anciens résidents ou plutôt d'un exemple réussi de «mixité sociale» en train

de s'établir ? (Giroud : 2015)

Polarisation

La métamorphose du quartier Saint-Henri s'inscrit au cœur de dynamiques économiques et sociales provoquant une polarisation accélérée dans plusieurs grandes villes contemporaines. Par le biais de l'augmentation du prix des logements, des habitants moins aisés doivent s'éloigner de leur quartier d'origine ou survivre économiquement dans des quartiers devenus moins abordables. Nombre de quartiers anciennement populaires deviennent ainsi des territoires où se concentrent de nouvelles inégalités et où se jouent des rapports sociaux de pouvoir.

Ces transformations se produisent dans le cadre de luttes politiques et les mots utilisés de part et d'autre ne sont pas neutres. «Mixité», «revitalisation», «gentrification» et «exclusion», font voir différentes positions vis-à-vis de ces transformations. Ceux qui les défendent y voient un idéal de «mixité» sociale et de «revitalisation» de ces quartiers, tandis que ceux qui s'y opposent, dénoncent la «gentrification» forcée et l'«exclusion» des franges de la population les plus précarisées. Pour comprendre les rapports sociaux à l'œuvre, il faut aller au-delà de ces dichotomies et de ces mises en opposition politiques, pour explorer les effets concrets de ce processus accéléré sur les différentes strates d'habitants et leurs modes de vie au quotidien et les restituer dans leur multiplicité et complexité.

Notes

1. Ce travail a été réalisé dans le cadre d'une enquête collective comprenant également : Chanaëlle Bourgeois-



cmca mmxviii

Racine, François Caillot, Marie Darriès, Guillaume Gingras, Valérie Pednault, Louis Tramond, Jason Raymond. Qu'ils soient ici tous remerciés.

2. Gabrielle Roy, *Bonheur d'occasion*, Société des Éditions Pascal, 1945.

3. *A Saint-Henri le 5 septembre*, documentaire réalisé par Hubert Aquin, 1965, https://www.onf.ca/film/a_saint-henri_le_cinq_septembre/

4. Cette équipe d'étudiants a été coordonnée par Cécile Van de Velde (CREMIS), dans le cadre de la Chaire de recherche du Canada sur les inégalités sociales et les parcours de vie, et de l'axe «Trajectoires de vie» du CREMIS.

Références

Aquin, Hubert (1965). *À Saint-Henri un cinq septembre*, Montréal, Office National du Film.

Bednarz, Nicolas (2013). *Les quartiers disparus de Montréal : le secteur de l'autoroute Ville-Marie. 13 décembre 1963*, [archivesdemontreal.com].

Benoit, Michèle et Roger Gratton (1992). *Pignon sur rue : Les quartiers de Montréal*, Montréal, Guérin.

Donzelot, Jacques (2004). «La ville à trois vitesses : relégation, périurbanisation, gentrification», *Esprit*, mars 2004,

High, Steven, «Canal» (2013), dans *Montréal Post/Industriel*, Centre d'histoire orale et de récits numérisés de l'Université Concordia, Chaire de recherche du Canada en histoire orale et Parcs-Canada.

Geloso, Vincent et Jasmin Guénette (2016). «Gentrification helps everyone, be it in St-Henri, HoMa or elsewhere» et «Les bénéfices considérables de la gentrification», Institut Économique de Montréal (IEDM).

Giroud, Matthieu (2015). «Mixité, contrôle social et gentrification», dans *La vie des idées*, 2015.

Héritage Montréal. *Montréal en quartiers : quartier Saint-Henri*, 2006-2008, [\[http://www.memorablemontreal.com/accessibleQA/histoire.php?quartier=13\]](http://www.memorablemontreal.com/accessibleQA/histoire.php?quartier=13).

L'autre Montréal (2011). *Des villages à la métropole, circuit d'exploration urbaine*, Montréal, Collectif L'Autre Montréal.

Lavoie-Ricard, Olivier (2016). «Regards croisés sur le quartier montréalais Saint-Henri», Chaire de recherche du Canada sur les inégalités sociales et les parcours de vie.

Mazataud, Valérian (2011). «Dossier : Les expropriés de Turcot», dans *Le Devoir*, 16 juillet 2011.

POPIR (2011). *Le St-Henri que nous voulons*, Montréal, Projet d'Organisation Populaire d'Information et de Regroupement (POPIR).

Robert, Mario (2014). *Chronique Montréalité no 16 - Le quartier Saint-Henri*, [archivesdemontreal.com]

Roy, Gabrielle (2009). *Bonheur d'occasion*, Québec, Boréal.

Tremblay, Rémy et Diane-Gabrielle Tremblay (2000). *La classe créative selon Richard Florida : Un paradigme urbain plausible?*, Québec, Les Presses de l'Université du Québec.

Walsh, Shannon (2011). *À St-Henri, le 26 août*, Montréal, Office National du Film.



gmcl mmxviii

Des jugements d'expulsion à la chaîne

L'accès à la justice à l'épreuve de l'industrie judiciaire

Martin Gallié

professeur, Faculté de science politique
et de droit, Université du Québec à
Montréal

Les expulsions de logement de familles, d'enfants, de personnes âgées, de travailleuses, de travailleurs, de personnes malades, constituent selon les Nations-Unies, une «crise globale» à l'échelle planétaire (UN-Habitat, 2016). Sans s'attarder sur le qualificatif de «crise» alors que ce fait social semble bien structurel (Engels, 1872), on retiendra ici que les expulsions sont également l'un des principaux litiges soumis au contrôle du juge, dans les États dits «de droit» à tout le moins. Si «crise» il y a, celle-ci est donc également juridique.

Par exemple, au Québec, il y a chaque année davantage de demandes judiciaires d'expulsion pour impayés de loyer (environ 40 000 par an) que de dossiers ouverts au tribunal administratif du travail (38 000 environ), à la Cour des petites créances (25 000 environ) ou à la Cour supérieure en matière familiale (30 000 environ). Au Québec, comme ailleurs, les jugements d'expulsion comptent au nombre des tout premiers «produits» à sortir chaque année de ce qu'Abel (1979) appelle l'«industrie judiciaire nationale».

En dépit de ce volume et des enjeux sociaux et sanitaires qu'elles recouvrent, les expulsions restent étrangement dans l'angle mort des politiques publiques et de la recherche au Québec. Les travaux en droit ou sur l'accès à la justice, en sociologie, en économie politique, en anthropologie, en travail social, en histoire ou en géographie qui s'intéressent au logement n'abordent qu'à la marge cette question. Comme ailleurs, c'est davantage le «getting in» (l'accès au logement) que le «getting out» qui est questionné (Desmond *et al.*, 2015b).

Pour contribuer à ouvrir la discussion, l'analyse est centrée ici sur la production judiciaire des jugements d'expulsion, ses effets et les politiques d'«accès à la justice» dans ce domaine.

Dans un premier temps, c'est la légalité de cette production au regard des normes minimales fixées par le droit international qui est questionnée. Dans un deuxième temps, ce sont les conséquences sanitaires et sociales de cette production à la chaîne que nous tenterons de documenter. Enfin dans la dernière partie, nous mettrons en évidence les effets asymétriques de la politique actuelle d'«accès à la justice» qui, en occultant les contradictions sociales qui structurent la société, participe à accroître les inégalités d'accès au bénéfice d'une minorité de justiciables déjà privilégiée.

Violation des normes minimales

Au Québec, le droit encadrant les expulsions pour non-paiement de loyer est, en pratique, simple et sans controverse. La faute du locataire (le non-paiement) cause un préjudice au titulaire du droit de propriété (la perte de loyer) qui justifie en lui-même l'expulsion. Si le locataire ne paie pas le loyer dû à la date prévue, le propriétaire peut déposer une demande de recouvrement et d'expulsion, 22 jours après cette date. Il obtiendra une audience 45 jours plus tard et recevra le jugement dans un délai d'une semaine, en moyenne.

La Cour suprême du Canada a tranché en évincant toute discussion possible ou presque : le juge qui constate le non-paiement «a le devoir de résilier le bail. Il ne jouit d'aucune discrétion» (Blanco, 1980). Ainsi, sauf de rares exceptions (Gagnon, 2016), les enjeux sociaux et sanitaires qui entourent ce contentieux sont écartés de l'analyse et du traitement judiciaire.

Dans ces conditions, recourir à un avocat, payer les frais de déplacement et perdre au minimum une demi-journée de travail pour se rendre à l'audience ont un intérêt limité pour les locataires. Seulement 3% sont représentés aux audiences et plus des deux-tiers ne s'y présen-

«...ce sont les catégories sociales les plus pauvres de la société qui sont les premières visées par des demandes judiciaires d'expulsion.»

tent pas. Lorsque les locataires font le déplacement au tribunal, ils auront beau plaider la perte d'emploi, la réduction des heures de travail, un divorce, des frais de santé, des violences conjugales, la durée d'occupation etc., leurs difficultés financières et autres sont «étrangères au droit du locateur de percevoir le loyer». Plus de 95% des demandes d'expulsion déposées chaque année sont ainsi accordées par le tribunal après des audiences de quelques minutes (Gallié *et al.*, 2017).

La garantie judiciaire du droit de propriété fonctionne ainsi à plein régime, tant et si bien que les pertes dues à des loyers non payés ont été estimées à moins de 1% des revenus potentiels en 2002 (INRS, 2002) et qu'un économiste français qualifie la procédure québécoise d'«efficace» (Wasmer, 2007). Mais comme souvent en matière de gestion judiciaire, l'efficacité a un coût : la violation systématique des «normes minimales» imposées par le droit international (ONU, 2014).

En premier lieu, contrairement aux engagements internationaux pris par le Québec et le Canada, il n'y existe aucun mécanisme de prévention des expulsions (Holl *et al.* 2016), aucune aide financière officiellement prévue en la matière, aucun suivi en matière d'endettement, aucun mécanisme de médiation et le droit à l'avocat n'est pas garanti. En second lieu, avant de rendre leur jugement, les magistrats n'ont aucune obligation de tenir compte du principe de proportionnalité, c'est-à-dire de mettre en balance les conséquences d'une expulsion sur les parties (propriétaires et locataires) comme sur la société dans son ensemble (intérêt général) (Fick *et al.*, 2016; Gallié, 2018). En troisième lieu, et contrairement à ce qui se fait dans l'immense majorité des pays occidentaux et dans d'autres provinces au Canada, les magistrats québécois ne peuvent ni accorder des délais, ni échelonner la dette (Kenna *et al.*, 2016). Enfin, et toujours contrairement au droit international, les pouvoirs publics n'ont aucune obligation de s'assurer d'une possibilité de relogement (CODESC, 2017).

En somme, le droit en vigueur en matière d'expulsion repose sur l'occultation des causes et des conséquences des expulsions sur le droit à la dignité, à la santé, au travail, à la vie privée, à une vie familiale, à l'éducation et au logement des individus concernés.

Production d'inégalités

Au-delà d'un droit contraire au droit international, cette production à la chaîne de jugements d'expulsion masque ce qu'elle participe à produire : la précarisation et l'exclusion des catégo-

ries sociales les plus pauvres de la société.

Faute de données au Québec, on ne peut que faire des hypothèses à partir d'études produites dans d'autres contextes, avec toutes les limites que ce type d'exercice implique. Il est cependant bien établi dans ces travaux, que ce sont les catégories sociales les plus pauvres de la société qui sont les premières visées par des demandes judiciaires d'expulsion (prestataires de l'aide sociale, chômeurs et chômeuses, travailleurs et travailleuses précaires, entre autres). C'est notamment ce qui ressort des rares études réalisées au Canada (McDonald, 2011; Lapointe, 2004), d'études concernant les *Housing courts* aux États-Unis (Desmond, 2012) ou encore de travaux réalisés par l'administration française (Secrétariat général, 2014) ou en Suède (von Otter *et al.*, 2017). En Europe, comme aux États-Unis, les personnes racisées, les migrants, les autochtones, les mères monoparentales, les personnes souffrant de maladies mentales et les personnes entre 25 et 45 ans, sont surreprésentés parmi les populations visées par de telles procédures judiciaires (Kenna *et al.*, 2016). À Milwaukee, par exemple, les femmes noires ne représentent que 9.6% de la population mais sont 30% des locataires ciblées par une demande d'expulsion (Greenberg *et al.*, 2016). En faisant un parallèle entre ces taux d'expulsion des femmes noires dans les quartiers pauvres aux États-Unis et le taux d'incarcération des hommes noirs dans ces mêmes quartiers, Desmond (2012) conclut que ces deux phénomènes fonctionnent conjointement.

Ces données ne sont pas transposables telles quelles au Québec, mais au regard des données disponibles sur les inégalités sociales au Québec, de leur caractère sexué et racisé, l'hypothèse d'une certaine forme d'homologie de situation semble raisonnable. Cette hypothèse est notamment appuyée par une étude qui constate que les 10 000 Inuits du Nunavik, qui sont logés dans environ 2 000 HLM (souvent surpeuplés et insalubres selon l'ONU), reçoivent entre 500 et 1000 demandes d'expulsion par an. En d'autres termes, un logement sur deux ou quatre – selon les années – est visé par une demande d'expulsion de la part d'un bailleur public (Gallié *et al.*, 2014).

La surreprésentation de certaines catégories sociales ne fait pas que reproduire les inégalités sociales existantes, mais participe également à produire des effets spécifiques sur ces mêmes catégories. De récents travaux en épidémiologie et en sociologie établissent ainsi que les expulsions participent à creuser les inégalités en matière de santé et accroissent



cmca mmxviii

les risques de maladie mentale, tout particulièrement chez les enfants et les mères monoparentales (Burgard, 2012, Taylor, 2007, Fox, 2007, Kreiss-Tomkins, 2012, Desmond et al., 2015c). De leur côté, von Otter et al. (2017), montrent que les taux de suicide en Suède sont plus élevés chez les personnes visées par une procédure d'expulsion que chez les autres, tandis que Currie et al. (2015), mettent en lumière les liens entre les expulsions et la surcharge des services de santé dans certains quartiers défavorisés aux États-Unis. Enfin, au-delà de la production d'inégalités sanitaires, l'expulsion augmenterait de 10 à 20% les chances de perdre son travail (selon Greenberg et al., 2015) et elles contraindraient 60% des personnes visées à déménager dans des quartiers encore plus défavorisés, où elles paient des loyers supérieurs à ce qu'elles payaient précédemment (Desmond et al., 2015c).

Accès privilégié à la justice

Pour tenter de faire face à ces conséquences sociales et sanitaires des expulsions, plusieurs États ont mis sur pied des mécanismes qui sont davantage conformes aux normes fixées par le droit international. À titre d'exemples, aux Pays-Bas, les logements sociaux constituent 34% du secteur locatif, diminuant les risques d'expulsion, pendant qu'en France, l'État impose l'obligation d'offrir une solution de logement. Dans la quasi-totalité des États européens, les magistrats sont aussi obligés de tenir compte du caractère proportionnel de l'expulsion – une obligation qui existe égale-

ment en Ontario – et la ville de New York a reconnu récemment le droit à un avocat en cas d'expulsion.

Au Québec, la priorité gouvernementale en matière d'«accès à la justice» est ailleurs. Il s'agit principalement d'informer les justiciables sur leurs droits et surtout d'accélérer les délais judiciaires, tout en réduisant les coûts de fonctionnement du tribunal. Ces enjeux sont au centre des débats sur l'«accès à la justice» et des rapports annuels de gestion de la Régie du logement. Mais au-delà des déclarations de principe et comme pour tous les tribunaux confrontés à des contentieux de masse, l'«accès à la justice» signifie en pratique, pour les administrations judiciaires, faire «mieux» (c'est-à-dire davantage et plus vite) avec moins (Vigour, 2006; Vauchez, 2008; Lochack, 2013). Ainsi, au nom de l'«accès à la justice», le gouvernement du Québec exige de l'administration judiciaire qu'elle améliore ses gains de productivité, sans toutefois augmenter les ressources.

Pour répondre à ces exigences gouvernementales, l'administration du tribunal doit donc organiser la production judiciaire de manière optimale et réaliser des économies d'échelle. C'est ce qu'elle a fait en mettant sur pied une «chaîne de production» de jugements dédiée aux 40 000 demandes d'expulsions déposées chaque année, représentant entre 60% et 70% de tous les dossiers traités. Elle a également réorganisé la division du travail au sein du tribunal et modernisé l'accès à la justice dans ce domaine spécifique (Gallié et al., 2016a).

Contrairement au principe du droit à l'égalité et du droit à un procès équitable, selon lesquels les demandes doivent être entendues par ordre chronologique («premier arrivé, premier servi»), l'administration judiciaire classe les demandes déposées selon le statut du requérant (propriétaire/locataire) et selon le type de litige (expulsion, fixation de loyer, insalubrité etc.). Les demandes d'expulsion sont mises dans un «silo» à part, bénéficiant d'audiences dédiées et d'un traitement judiciaire prioritaire. Elles sont ainsi entendues dans des délais judiciaires records, soit 45 jours après le dépôt de la demande.

Pour accélérer encore la production des jugements d'expulsion, tout en réduisant les coûts, l'administration a réorganisé la division du travail, à Montréal à tout le moins. Les demandes d'expulsion non contestées, c'est-à-dire celles où les locataires sont absents à l'audience (environ 70% des cas), sont confiées à des greffiers spéciaux, payés un tiers de moins que des magistrats, qui peuvent prononcer entre 100 et 120 expulsions en trois heures et demie d'audience (Québec, Protecteur du citoyen, 2010). Par ailleurs, pour rendre plus fluide la chaîne d'approvisionnement des demandes d'expulsion, la Régie autorise désormais les propriétaires à déposer leur demande d'expulsion en ligne. Enfin, pour limiter les pertes de production et les délais, le recours à la

médiation est exclu en matière d'expulsion.

Cet accès privilégié à la justice est cependant réservé à une minorité de propriétaires de logements locatifs et aux demandes d'expulsion. Les victimes d'insalubrité, par exemple, n'ont pas le droit de déposer leurs demandes en ligne.¹ De surcroît, compte tenu des ressources limitées de la Régie, le privilège des propriétaires a des répercussions sur les autres demandes. Un locataire qui se plaint de la présence de moisissures dans son logement doit attendre, en moyenne, plus de deux ans avant d'obtenir un jugement lui accordant gain de cause. Il est ainsi 16 à 18 fois plus rapide d'expulser une personne pour impayés de loyers que d'obtenir des travaux ou une indemnité en cas d'insalubrité (Collectif, 2015; Gallié et al., 2017a).

D'un point de vue administratif, cette organisation du travail présente un avantage certain. Comme les recours en matière d'insalubrité sont exceptionnels (moins de 700 par an) comparés aux demandes d'expulsion (environ 40000), la Régie du logement peut afficher des résultats «performants» en terme de délais judiciaires, lors de la reddition de comptes au Gouvernement et à l'Assemblée nationale (Régie, 2014; Accès, 2018). D'un point de vue plus politique, elle permet au tribunal et au Gouvernement de répondre, au moins en partie, aux



demandes des associations de propriétaires qui dénoncent constamment la longueur des processus d'expulsion, comme les coûts financiers qui en découlent (CORPIQ, 2014).

La légalité de ce privilège de juridiction au regard de ses conséquences sur le droit à la santé des justiciables, des obligations de l'État en matière de santé publique, du droit à l'égalité et de l'intérêt général reste toutefois à démontrer. On relèvera, en premier lieu, que la nécessité sociale et sanitaire d'accorder une priorité d'audience aux demandes judiciaires d'expulsion ne repose, à notre connaissance, sur aucune étude et aucun texte juridique (Gallié et al., 2017a). En revanche il est bien établi que l'insalubrité est, selon l'Organisation mondiale de la santé, l'une des premières causes de mortalité dans le monde (DSP, 2015; OMS, 2016). En second lieu, la priorité judiciaire accordée aux demandes d'expulsion accroît les inégalités sociales et sanitaires. Elle protège la santé financière des propriétaires – qui obtiennent plus facilement un jugement d'expulsion et qui peuvent thésauriser pendant plus de deux ans avant de réaliser les travaux requis en cas de plainte pour insalubrité – et elle participe de la détérioration de la santé physique, psychologique et financière des locataires. Ces derniers doivent subir pendant plus de deux ans les conséquences sanitaires de l'insalubrité, assumer les frais sur le plan de la santé et, s'ils le peuvent, les travaux requis ou un déménagement.

Ces délais rendent les recours au tribunal largement inutiles en matière de lutte contre l'insalubrité. Parmi les rares victimes qui entament des démarches judiciaires, certaines seront expulsées pour non paiement avant même que leur demande en insalubrité ne soit entendue, tandis qu'une poignée seulement attendra deux ans un jugement qui ordonnera éventuellement des travaux. Les locataires qui en ont les moyens quittent le logement dès qu'ils le peuvent. Or, dans ces cas, le tribunal ne pourra ordonner l'exécution des travaux puisque les locataires ne l'habitent plus. Que deviennent ces logements insalubres? Sont-ils reloués dans le même état ou des travaux sont-ils réalisés entretemps? Bref, l'accès à un jugement dans des délais raisonnables reste le privilège des propriétaires, ce qui participe certainement à expliquer le non-recours au tribunal des locataires victimes d'insalubrité, qui sont pourtant bien souvent les mêmes que ceux qui font l'objet d'une procédure d'expulsion (Gallié et al., 2017a et 2014).

Produire des privilèges

Force est de constater que les gains de productivité et l'impératif de «performance» imposés au

tribunal par les politiques d'«accès à la justice», sont à géométrie variable et qu'ils produisent une forte dissymétrie d'accès au tribunal entre une minorité privilégiée de propriétaires et des milliers de victimes d'expulsion et d'insalubrité, c'est-à-dire, les catégories sociales les plus pauvres de la société. Le tribunal du logement est donc non seulement le «domaine privilégié de citoyens eux-mêmes privilégiés», pour reprendre l'expression de Noreau (2010 : 39), mais également une «industrie judiciaire» qui, au nom de l'accès à la justice, participe à produire des privilèges pour une minorité de privilégiés (Gallié et al., 2016b). En d'autres termes, au tribunal du logement, les politiques d'accès à la justice et de défense du droit de propriété se confondent largement. Le droit au logement des personnes expulsées reste quant à lui un impensé des politiques publiques.

Notes

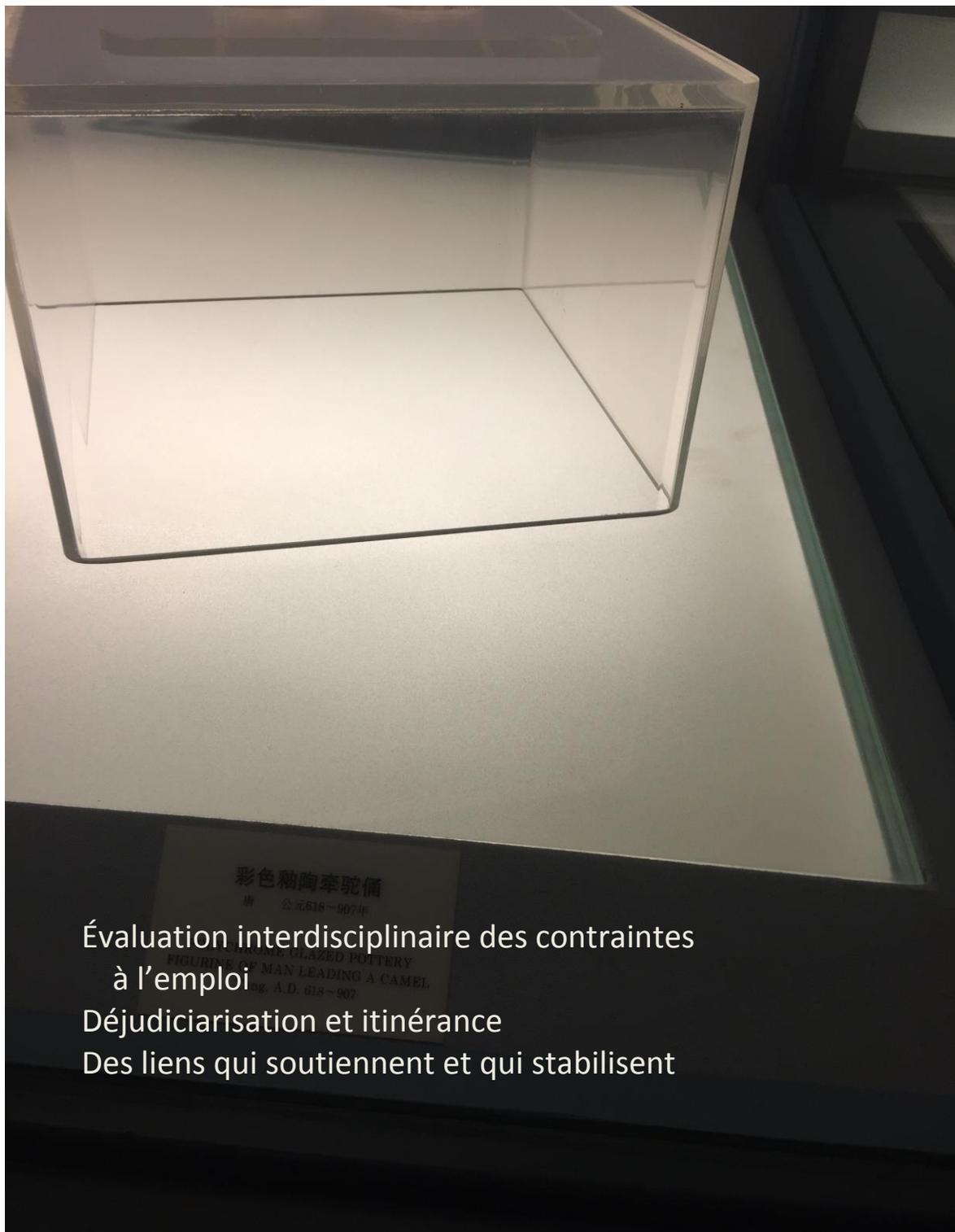
1. Selon la Direction de la santé publique, plus de 30% des ménages locataires montréalais déclaraient, en 2012, au moins un problème d'insalubrité (plomberie défectueuse, moisissures apparentes, infiltrations d'eau, coquerelles, punaises de lit ou rongeurs) (DSP, 2012 : 28).

Références

- Abel Richard L. (1979), «Socializing the Legal Profession: Can Redistributing Lawyers' Services Achieve Social Justice», *Law & Policy* (1), p.5-51.
- Accès (2018), Demande d'accès à l'information, 24 février 2018 (dossier de l'auteur).
- Blanco c Commission des loyers, (1980) 2 RCS p.827-831, 1980 CanLII 230 (CSC).
- Brickell, Katherine, Melissa Fernández Arrigoitia, Alexander Vasudevan (Eds.) (2017), *Geographies of forced eviction – Dispossession, Violence, Resistance*, London, Palgrave Macmillan.
- Burgard, S.A., K.S. Seefeldt, S. Kelner, (2012), «Housing instability and health: findings from the Michigan Recession and Recovery Study», *Social Science & Medicine*, (75) 12, p.2215-2224.
- Collectif Pro Bono UQAM (2015), *L'organisation d'une justice à deux vitesses. La catégorisation et la hiérarchisation des causes mises au rôle à la Régie du logement*, Montréal, Université du Québec à Montréal.
- CORPIQ (2014), *La CORPIQ dénonce le recul que constitue le projet de loi 28* (www.corpiq.com).
- Currie Janet et Erdal Tekin (2015), «Is there a link between foreclosure and health?», *American Economic Journal: Economic Policy*, American Economic Association, 7 (1) p.63-94.
- Desmond, Matthew (2015), «Unaffordable America: Poverty, Housing, And Eviction», *Fast Focus: Institute For Research On Poverty*, 22, p.1-6.
- Desmond, Matthew and Monica Bell (2015a), «Housing, Poverty, and the Law», *The Annual Review of Law and Social Science*, 11, p 15-35.
- Desmond, Matthew and Tracey L. Shollenberger (2015b), «Forced Displacement From Rental Housing: Prevalence and Neighborhood Conse-

- quences», *Demography*, 52, p.1751-1772.
- Desmond, Matthew and Rachel Tolbert Kimbro (2015c), «Eviction's Fallout: Housing, Hardship, and Health», *Social forces*, 94(1), p.295.
- Desmond, Matthew (2012), «Eviction and the Reproduction of Urban Poverty», *American Journal of Sociology* 118(1), p.88-133.
- Engels, Friedrich (1972), *La Question du logement* (1872), Paris, Éditions sociales.
- Fick, Sarah and Michel Vols (2016), «Best Protection Against Eviction? A Comparative Analysis of Protection Against Evictions in the European Convention on Human Rights and the South African Constitution», *European Journal of Comparative Law and Governance*, 3, p.40-69.
- Fox, Loma (2007), *Conceptualising Home: Theories, Law and Policies*, Oxford, Hart Publishing.
- Gagnon, Pierre (2016), «Chronique - La défense d'inexécution en droit du logement», *Repères* (La Référence)
- Gallié, Martin (2018), «L'appel à la Cour du Québec d'un jugement d'expulsion de logement», *Revue Juridique Thémis*, 51(1), p.109-160.
- Gallié, Martin et Louis-Simon Besner (2017a), «Les délais judiciaires et inégalités sociales», *Cahiers de droit*, 58(4), p.613-663.
- Gallié, Martin, Alexandra Bahary, Daniel Bélanger, Louis-Simon Besner et Geneviève Vaillancourt (2017b), *Délais judiciaires, santé des justiciables et accès à la justice*, UQAM, Montréal, 61 p.
- Gallié, Martin, Julie Brunet et Richard-Alexandre Laniel (2016a), «Les expulsions pour arriérés de loyers: un contentieux de masse», *McGill Law Journal*, 61(3), p.611-666
- Gallié, Martin, Jessica Leblanc, Marie-Laurence Hébert-Dolbec et Claire Abraham (2016b), «Les délais judiciaires comme modalité d'organisation d'une justice de classe: la hiérarchisation des causes à la Régie du logement», *Nouveaux Cahiers du socialisme*, 16, p.91-100.
- Gallié, Martin et Marie-Claude P. Bélair (2014), «La judiciarisation et le non-recours ou l'usurpation du droit du logement - le cas du contentieux locatif des HLM au Nunavik», *Cahiers de droit*, 55(3), p.685.
- Greenberg, Deena, Carl Gershenson et Matthew Desmond (2016), «Discrimination in Evictions: Empirical Evidence and Legal Challenges», *Harvard Civil Rights-Civil Liberties Law Review*, 51, p.115-158.
- Holl Marieke, Linda van den Dries et Judith R. L. M. Wolf (2016), «Interventions to prevent tenant evictions: a systematic review», *Health & Social Care in the Community*, 24(5), p.532-546.
- INRS-Urbanisation (2002), *Les logements privés au Québec: la composition du parc de logements, les propriétaires bailleurs et les résidents*, Montréal, INRS-Urbanisation.
- Kenna, Patrick, L. Benjaminsen, V.Busch-Geertsema, S.Nasarre-Aznar, (2016), *Promoting protection of the right to housing - Homelessness prevention in the context of evictions*, Galway, National University of Ireland, VT/2013/056
- Kreiss-Tomkins, J. (2012) "An Evaluation of Liberty Community Services' Eviction Prevention Program." *For Intersectionality and Women's Health*, Spring 2012
- Lapointe, Linda (in association with Sylvia Novac and Marion Steele) (2004), *Analysis of Evictions under the Tenant Protection Act in the City of Toronto - Overall rental housing market*, City of Toronto Shelter, Housing and Support Division, Community and Neighbourhood Services Department.
- Lochak, Danièle (2016), «Qualité de la justice administrative et contentieux des étrangers», *Revue française d'administration publique*, 2016(3), 159, p.701-714.
- McDonald Lynn (2011), «Examining evictions through a life-course lens», *Canadian Public Policy*, 37, p.116-133.
- Pasciuti, Dan, and Michelle Cotton) (2015), *How Renters are Processed in the Baltimore City Rent Court*, Baltimore, Public Justice Center.
- Prüss-Üstün, Annette, and C. Corvalan (2016) «Preventing disease through healthy environments: towards an estimate of the environmental burden of disease», Geneva, World Health Organization.
- ONU (2014), *Forced Eviction: Global crise, global solution*, UN-habitat, Nairobi, 2011.
- Québec, (2015), *Pour des logements salubres et abordables*, Direction de la santé publique, Québec, Publications du Québec.
- Québec (2010), *Le projet de loi n° 131 - Loi modifiant la Loi sur la Régie du logement et diverses lois concernant le domaine municipal*, Gouvernement du Québec, Protecteur du citoyen.
- Québec (2014), Référence à la présentation: Projet de loi 28, 1ère sess., 40e lég, Québec, a.692.Assemblée nationale du Québec, Commission des institutions, vol.43, n°119 (31 janvier 2014), p.2-5.
- Régie du logement (2014), Rapport annuel de gestion 2013-2014, Publications du Québec, p.16.
- Régie du logement (2016), Rapport annuel de gestion. 2015-2016, Publication du Québec, p. 57.
- Régie du logement (2017a), «Demandes en ligne». <https://www.rdl.gouv.qc.ca/fr/services-en-ligne/votre-demande-en-ligne/soumettre-une-demande-en-ligne>
- Régie du logement (2017b), «Service de conciliation». <http://www4.gouv.qc.ca/FR/Portail/Citoyens/Evenements/vivre-en-logement/Pages/service-conciliation-regie-logement.aspx>
- Secrétariat général de la modernisation (2014), *Évaluation de la prévention des expulsions locatives*, Paris.
- Taylor, Mark P., David J. Pevalin and Jennifer Todd (2007), «The psychological costs of unsustainable housing commitments», *Psychological Medicine*, 37(7), p.1027-1036.
- TD Canada Trust c. Cheff, (2014) QCRDL 11322
- Vaucher, Antoine (2008), «Le chiffre dans le «Gouvernement» de la justice», *Revue française d'administration publique*, 124(1), p.111.
- von Otter, Cecilia, Olof Bäckman, Sten-Åke Stenberg and Carin Qvarfordt Eisenstein (2017), «Dynamics of Evictions: Results from a Swedish Database», *European Journal of Homelessness* 11(1), p.1-23.
- Vigour, Cécile (2006), «Justice: l'introduction d'une rationalité managériale comme euphémisation des enjeux politiques», *Droit et Société*, 63-64(2), p.425
- Wang c. Proulx, (2014) QCRDL 33713
- Wasmer Étienne (2007), «Analyse économique du marché du logement locatif», *Revue économique*, 58(6), p.1247.

Portes de sortie



DOSSIER

Évaluation interdisciplinaire des contraintes
à l'emploi

Déjudiciarisation et itinérance

Des liens qui soutiennent et qui stabilisent

Évaluer la contrainte sévère à l'emploi

Travail interdisciplinaire et processus complexes

Nadia Giguère, Ph.D

*Chercheure universitaire en établissement
CREMIS et CIUSSS CSIM
Professeure associée, Département de médecine de famille et
de médecine d'urgence, Université de Montréal*

Stéphane Handfield

Professionnel de recherche, CREMIS

David Barbeau

*Médecin, CIUSSS CSIM, GMF des Faubourgs
Chargé de formation clinique, Département de médecine de famille et
de médecine d'urgence, Université de Montréal
Praticien chercheur au CREMIS*

DOSSIER



cmca mmxviii

Selon un médecin pratiquant au Centre de recherche et d'aide pour narcomanes (CRAN) depuis plus de 15 ans, la décision de reconnaître à un jeune une contrainte sévère à l'emploi peut finir par s'imposer : «À un moment donné, tu te dis, bon, lui, c'est quelqu'un qui est apte. Il était jeune, il avait dans la vingtaine. [Tu te dis] : «Je ne suis pas pour le mettre en incapacité permanente» [...] Il n'y en a pas de dilemme, au début. Mais c'est à force de signer le [certificat] temporaire... [...] Ça a dû me prendre un an, peut-être, pour me décider, pour constater que bon, ce patient-là [...] même s'il est jeune, peut-être qu'il est effectivement complètement inapte à avoir un travail.»

Cette évaluation de la contrainte sévère à l'emploi soulève de multiples questions pour des professionnels dont la recommandation peut être déterminante pour l'accès au Programme de solidarité sociale et au barème d'aide de dernier recours plus élevé.¹ Une infirmière avec dix ans de pratique au CRAN parle d'un homme avec une longue expérience d'incarcération : «Techniquement, tu vas regarder ce client-là, tu vas dire : «Bien, il a tous ses membres, il a toute sa tête» [...] Mais ce client-là, pendant vingt ans, a été incarcéré... Même pour une personne normalement constituée, dans un système où on demande un secondaire cinq puis des capacités sociales de communication, puis d'engagement pour le travail qui est de plus en plus exigeant, ces personnes-là n'ont souvent pas les outils nécessaires

pour pouvoir intégrer le marché du travail. Parce qu'à la base, ce n'est pas juste une question financière, c'est aussi : «est-ce que la personne a la capacité, actuellement, de pouvoir travailler?». Parce que dans le fond, [...] est-ce qu'une personne peut être apte au travail? Pas juste une fois par mois».

Une longue expérience de travail éprouvante peut aussi laisser des traces et amener un doute chez le professionnel en charge d'évaluer la capacité à travailler. Selon un travailleur social du CRAN avec cinq ans d'expérience, «Madame M. est une personne qui est assez souffrante, à l'intérieur d'elle-même. C'est une personne qui a travaillé fort, qui a élevé ses enfants [...] qui a donné ce qu'elle a pu, puis je la sens très épuisée maintenant, au niveau de la santé physique et psychologique [...] elle a fait sa part...»

Ces témoignages sont tirés d'une recherche menée dans les services réguliers du CRAN en 2015 et 2016.² Le CRAN offre un traitement assisté par la médication aux usagers dépendants des opioïdes, ainsi qu'une gamme de services personnalisés. Les interventions offertes peuvent viser, selon le cheminement de chacun, soit la réduction des méfaits, soit la réinsertion socioprofessionnelle, soit la réhabilitation. Chaque usager est suivi par une équipe interdisciplinaire réunissant au sein de l'équipe traitante un médecin, un infirmier et un intervenant psychosocial.

Cette équipe professionnelle nous a accueillis en 2015 et 2016 afin de réfléchir ensemble à la délicate question de la contrainte sévère à l'emploi pour leurs usagers bénéficiaires de l'aide de dernier recours. Au Québec, un diagnostic médical est nécessaire pour qu'un bénéficiaire de l'aide de dernier recours puisse faire reconnaître une contrainte sévère à l'emploi. Cette contrainte sévère, si elle est validée par le Comité d'évaluation médicale et socioprofessionnelle du Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale (MTESS), permet, depuis février 2018, de faire passer le revenu mensuel pour une personne seule de 633\$ à 1035\$ mensuellement, soit un supplément pouvant totaliser 63% du revenu de base sur l'aide sociale.³

Si la reconnaissance finale de la contrainte à l'emploi repose donc sur le MTESS (bien que des recours soient possibles), le certificat médical doit cependant d'abord avoir été délivré par un médecin traitant. Dans le contexte clinique du CRAN, c'est aussi toute une équipe profes-

sionnelle interdisciplinaire, incluant infirmiers et intervenants psychosociaux, qui sont potentiellement impliqués dans le processus décisionnel menant (ou pas) à la certification pour contrainte sévère à l'emploi. Et malgré cette volonté de concertation interdisciplinaire, les décisions ne sont pas simples.

Cet article présente quelques-unes des pratiques et réflexions menées au CRAN par les professionnels au sujet de la contrainte sévère à l'emploi, recueillies lors des entretiens individuels et rencontres de groupe en présence des chercheurs.

Pratiques complexes

Lorsqu'un usager se présente au CRAN pour faire une demande de certification pour contrainte sévère à l'emploi à son médecin traitant, il a le plus souvent en sa possession le rapport médical SR-2100 que le médecin doit remplir et signer. Ce formulaire comporte quelques lignes où le médecin peut inscrire le diagnostic principal et les diagnostics secondaires. Il doit aussi inscrire un code pour certaines limitations fonctionnelles (mobilité réduite, tolérance limitée à l'effort, troubles cognitifs, etc.) Le MTESS a, par ailleurs, établi une liste de «diagnostics évidents» pour évaluer la contrainte sévère à l'emploi. On retrouve, dans cette liste de près de 300 diagnostics, plusieurs syndromes (Asperger, Down, Gilles de la Tourette), plusieurs types de cancer et de dystrophie musculaire, des troubles du spectre de l'autisme, certains types de déficience intellectuelle et aussi quelques diagnostics plus sujets à interprétation, tels que les troubles bipolaires ou la psychose maniaco-dépressive. Pour ces deux derniers diagnostics (et quelques autres), on précise qu'ils doivent être accompagnés de deux critères : la personne diagnostiquée doit avoir 40 ans et plus et «n'avoir aucune expérience de travail rémunérateur pendant les cinq dernières années».⁴ Si un tel diagnostic dit «évident» est établi et, le cas échéant, que les critères associés sont respectés, la reconnaissance de la contrainte sévère est alors immédiate et permet une admission qualifiée de «simplifiée» au Programme de solidarité sociale.

Lorsque le diagnostic ne fait pas partie de la liste préétablie de diagnostics évidents, le MTESS procède à une «évaluation approfondie». Le comité d'évaluation médicale est composé d'un médecin et d'un conseiller dans le domaine psychosocial, qui regardent l'ensemble du dossier médical ainsi que les données socioprofessionnelles, incluant des données concernant la

«Ces mêmes professionnels notent [...] que l'augmentation de revenus associée à la contrainte sévère à l'emploi peut réduire le stress, stabiliser les symptômes dépressifs et la consommation, voire diminuer des activités criminelles de subsistance, dans certains cas.»

situation d'emploi, avant de prendre une décision. Ainsi, un omnipraticien qui souhaite soutenir un usager sans diagnostic évident dans la reconnaissance d'une contrainte sévère à l'emploi et être en mesure de défendre son évaluation auprès du MTESS a intérêt à fournir, que ce soit par écrit ou de vive voix, les informations qu'il détient sur les facteurs psychosociaux pouvant entraver la capacité à l'emploi de cet usager.

Dans la foisonnante littérature scientifique s'étant attardée à la certification pour incapacité à l'emploi, il est reconnu qu'il s'agit d'une pratique médicale complexe, devant prendre en compte plusieurs déterminants sociaux de la santé (DSS) (Falvo, 2013; Loisel *et al.*, 2014; Nordby *et al.*, 2011). Nous empruntons ici la définition des DSS de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), c'est-à-dire «les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent, ainsi que les systèmes mis en place pour faire face à la maladie» et qui ont le potentiel d'influencer la santé des individus (OMS, 2018).

Dans le contexte de la certification pour contrainte sévère à l'emploi, tenir compte des DSS dans sa pratique signifie donc tenir compte du fonctionnement actuel du système de santé et des mécanismes de redistribution du système d'aide sociale, mais aussi des conditions matérielles de vie d'un individu, de ses comportements, de sa biologie particulière et de facteurs psychosociaux (OMS, 2005). Qui plus est, cela implique de tenir compte du fait que ces déterminants ont des conséquences différentielles sur la santé d'un individu selon sa position dans différentes hiérarchies sociales (selon, par exemple, le genre ou l'origine ethnique) (AMC, 2012; Solar *et al.*, 2010). En clair, prendre en compte les DSS dans sa pratique équivaut à tenter, au meilleur de ses connaissances et de ses possibilités, de contrer les effets néfastes sur la santé d'un individu qui présente une vulnérabilité particulièrement accrue à divers facteurs sociaux. Bien que la prise en compte des DSS soit reconnue par l'OMS comme une stratégie porteuse pour améliorer la santé des patients et des populations, le défi demeure cependant de l'intégrer dans les pratiques professionnelles (CMFC, 2015).

Pour les professionnels du CRAN, comme pour tout omnipraticien responsable d'évaluer la capacité à l'emploi, cet acte médical de certification est rendu difficile en raison de la complexité diagnostique et de l'incertitude liée au pronostic (Engblom *et al.*, 2011; Foley *et al.*,

2013; Letrilliart *et al.*, 2012). En accord avec les recommandations de l'OMS et de nombreuses associations médicales (AMC, 2012, CMFC, 2015), l'évaluation de la contrainte à l'emploi au CRAN se base bel et bien sur la prise en compte de nombreux DSS. Néanmoins, le défi demeure de taille, car bien que les professionnels travaillant au CRAN suivent le plus souvent les usagers sur de longues périodes – ce qui s'avère facilitant pour avoir un portrait global de sa situation – les usagers sont souvent aux prises avec des troubles concomitants, rendant le processus d'évaluation de la contrainte à l'emploi tout sauf évident.

Le tremplin

Plusieurs critères guident le travail de l'équipe au CRAN lorsque vient le temps d'évaluer une demande pour contrainte sévère à l'emploi. Les professionnels évaluent tout d'abord l'état de santé physique et mental de l'utilisateur. Pour la clientèle du CRAN, cela implique de tenir compte également des effets secondaires du traitement à la méthadone. Chez certains usagers occupant un emploi, la prise de méthadone peut ne présenter aucun effet secondaire incapacitant alors que, dans d'autres cas, projeter l'utilisateur dans l'orbite du travail avec des effets secondaires importants est perçu comme dangereux et irresponsable de la part des professionnels. Chaque situation doit donc être évaluée judicieusement.

Les usagers du CRAN présentent, par ailleurs, des portraits de symptômes complexes qui exigent des professionnels qu'ils soupèsent les effets potentiellement négatifs de leur recommandation. Les professionnels du CRAN expriment leur désir «de ne pas nuire» à l'utilisateur, conceptualisant la contrainte sévère à l'emploi comme une arme à double tranchant. Une des craintes est de favoriser une consommation «désorganisée» en accordant un supplément de revenu, voire, dans certains cas, de «financer la consommation». Parmi les autres craintes exprimées, on retrouve celles de déresponsabiliser l'individu, ou de nuire à son estime personnelle en entravant son accès au marché de l'emploi. Ces mêmes professionnels notent toutefois que l'augmentation de revenus associée à la contrainte sévère à l'emploi peut réduire le stress, stabiliser les symptômes dépressifs et la consommation, voire diminuer des activités criminelles de subsistance, dans certains cas.

Le professionnel peut opérer ainsi non seulement une évaluation des effets potentiels sur

plusieurs déterminants de la santé, mais effectuer une évaluation de type économique. Il peut juger que le coût social et économique d'une reconnaissance de contrainte sévère à l'emploi et d'un supplément de revenu à l'utilisateur serait moindre que celui du statu quo, considérant les conséquences probables du maintien de l'utilisateur dans la pauvreté. Ces conséquences peuvent comprendre l'aggravation des problèmes de santé mentale menant à une augmentation de la consommation, avec des effets néfastes, tels le retour en situation d'itinérance ou la (ré)incarcération.

Le professionnel pourra en outre juger que ce supplément de revenu est le tremplin dont la personne a besoin pour se refaire une santé physique et psychologique et se réinsérer socialement. Les professionnels rencontrés ont dit être régulièrement témoins des effets positifs d'une augmentation de revenus sur la qualité de vie des usagers : diminution de l'anxiété, stabilisation de la consommation, mobilisation, engagement dans un projet qui fasse sens pour eux et amélioration de l'estime de soi et de la qualité de vie.

La «capacité à travailler»

La littérature sur les pratiques de certification



cmca mmxviii

montre que celles-ci varient non seulement en fonction des tableaux cliniques, mais aussi selon le milieu de pratique, la formation reçue, les expériences professionnelles, le genre et les valeurs et représentations sociales des médecins relativement aux inégalités sociales (Arrelou et al., 2005; Bremander et al., 2011). Elles varient également selon l'âge, l'ethnicité ou le niveau socio-économique du patient et selon la crédibilité accordée à son récit (Stigmar et al. 2010; Wainwright et al., 2015). Des constats qui ne sont pas étrangers aux données recueillies au CRAN.

Dans le contexte de l'évaluation de la contrainte sévère à l'emploi au CRAN, on constate d'abord qu'une série de critères socioéconomiques sont pris en compte. On parle ici, par exemple, de l'âge avancé de la personne, de son faible niveau de scolarité ou de la présence d'un casier judiciaire, qui sont associés à une plus grande difficulté à se (ré)insérer professionnellement et ce, particulièrement s'il n'y a pas d'historique d'emploi.

Entrent ensuite en ligne de compte des critères *a priori* plus subjectifs, basés sur la motivation perçue chez l'utilisateur. On parle ici d'utilisateurs devant «prouver leur bonne volonté», «être investis dans leur suivi», «être motivés à s'en sortir». En fait, les professionnels expliquent manquer d'informations au dossier de l'utilisateur pour pouvoir juger de son historique d'emploi. Dans ce contexte, on pallie à ce manque en voulant être témoin de l'incapacité à travailler de l'utilisateur au fil des suivis, afin de pouvoir témoigner de ses tentatives de réinsertion sur une longue période. En parallèle, on considère nécessaire d'établir un lien de confiance avec l'utilisateur afin de pouvoir *a posteriori* défendre la décision de contrainte sévère à l'emploi devant le médecin de l'aide sociale chargé de vérifier le dossier. Les professionnels préfèrent ainsi ne pas se fier uniquement à la parole de l'utilisateur. Ils souhaitent évaluer eux-mêmes la situation sur une période suffisante, quitte à signer des certificats d'incapacité temporaire à répétition en attendant de se convaincre de la contrainte à l'emploi.⁴

Comme en témoignent les extraits d'entrevues cités au début de ce texte, les évaluations reposent aussi sur les valeurs portées par les différents professionnels. Les professionnels du CRAN partagent, par exemple, une certaine lecture des inégalités sociales. De façon unanime, ils disent être témoins du fait que le montant de base alloué à l'aide sociale n'est pas suffisant pour leurs utilisateurs pour vivre de façon décente. Ce manque à gagner est identifié comme un facteur nuisant à la santé tant phy-



sique que mentale des usagers, ceux-ci se retrouvant en permanence en «mode survie».

Ces professionnels expriment aussi une certaine impuissance. À leurs yeux, faire reposer l'évaluation de la contrainte à l'emploi sur les professionnels de la santé les empêche de jouer pleinement leur rôle de soignant. Une infirmière nous explique que, pour elle, cette situation est équivalente à demander au monde médical de pallier les revenus insuffisants d'une partie de leur clientèle. Et puisque les revenus de base à l'aide sociale sont insuffisants pour chacun des bénéficiaires, comment discriminer entre celui qui devrait avoir droit à la contrainte sévère et celui qui n'y aura pas droit?

Face à ce dilemme, ce sont différentes valeurs qui influencent les décisions. On retrouve, par exemple, des idéaux de justice envers les travailleurs pauvres ou envers «la société en général qui paie pour ces personnes», qui peuvent amener des réticences à signer une contrainte sévère à l'emploi pour un usager chez qui on ne percevrait pas de «motivation à travailler». L'engagement dans un parcours d'emploi, avec échecs à répétition, devient dès lors un critère dans l'évaluation de la contrainte sévère à l'emploi.

Les professionnels sont par ailleurs plutôt loquaces sur la valeur accordée au travail dans la société – une valeur phare lorsqu'il s'agit d'évaluer la contrainte sévère à l'emploi – de même que sur l'employabilité des usagers du CRAN. Plusieurs perçoivent le travail comme le meilleur moyen de réinsertion sociale, permettant de briser l'isolement, d'avoir une meilleure qualité de vie et une meilleure estime de soi. Néanmoins, ils prennent soin de distinguer l'«aptitude au travail» de l'«employabilité». Pour certains usagers, une situation d'emploi peut avoir un effet désorganisant et il faut donc éviter le piège du retour en emploi à tout prix. En outre, les professionnels savent que la pauvreté extrême peut, en elle-même, rendre difficile la recherche d'emploi puisqu'elle enferme la personne dans un cycle de survie, l'empêchant de se projeter dans l'orbite du travail. Ils constatent aussi que la combinaison de l'aide sociale et du travail à temps partiel n'est pas encouragée dans le système actuel, ce qui force à exclure du marché de l'emploi une personne qui ne serait pas en mesure de se rendre au travail cinq jours sur cinq (en raison, par exemple, de ses traitements de substitution).

Dans d'autres cas, la perception de la contrainte sévère à l'emploi comme étant une mesure non transitoire peut teinter les décisions. On peut craindre, en effet, que reconnaître cette contrainte ne nuise à la réinsertion, en cristallisant

une situation de non-emploi et en changeant la perception qu'a l'usager de lui-même. Bien qu'on soit conscient que rien, en théorie, n'empêche une personne avec contrainte sévère à l'emploi de (ré)intégrer le marché du travail éventuellement, cette mesure est le plus souvent perçue comme «permanente» (un terme d'ailleurs utilisé sur le formulaire SR-2100). Pour éviter de chroniciser une situation de non-emploi, on semble donc attendre d'être convaincu que l'usager «n'est vraiment pas employable» avant de reconnaître une contrainte sévère. Une pratique qui, si elle est justifiée sur le plan de l'évaluation, a néanmoins le potentiel d'avoir des effets anxiogènes sur l'usager en attente d'une reconnaissance de sa contrainte sévère à l'emploi et de priver de ce droit des usagers qui auraient une contrainte à l'emploi à durée indéterminée.

Histoires réduites

Le travail en équipe interdisciplinaire effectué au CRAN est crucial dans l'évaluation de la contrainte sévère à l'emploi. La plupart des usagers voient en effet leur médecin environ aux trois mois, principalement pour ajuster leur prescription de méthadone, mais voient sur une base plus régulière les autres professionnels du CRAN (infirmier et intervenant psychosocial) associés à leur dossier. Considérant ce suivi plus régulier et la plus grande disponibilité de ces professionnels pour discuter des conditions de vie, des différents stressés et du parcours de vie de l'usager, il n'est pas étonnant de constater que l'évaluation d'un médecin puisse être amenée à changer suite aux discussions avec le reste de l'équipe. Des craintes peuvent être dissipées par certains éléments de contexte (notamment en lien avec la consommation) et des historiques d'emploi peuvent être reconstitués en collant ensemble les informations obtenues par chacun. En somme, une évaluation psychosociale de la contrainte à l'emploi de la personne peut être faite en combinant les regards de chacun.

Malgré tout, les professionnels du CRAN doivent manier «l'art de l'interprétation» pour mettre en balance leurs savoirs scientifiques et expérimentaux avec les histoires uniques de chacun des usagers (Beaulieu, 2016). Face à cette complexité, les professionnels rencontrés au CRAN ont développé des stratégies pour évaluer la contrainte sévère à l'emploi : prise en compte de plusieurs déterminants sociaux de la santé pour tenter d'évaluer le pronostic et l'impact de cette certification au meilleur de leurs connaissances, consultation en équipe interdisciplinaire pour tenter d'avoir le meilleur portrait possible de la situation et, dans certains cas, discussions ouvertes avec l'usager afin de déconstruire le

«Ces professionnels expriment aussi une certaine impuissance. À leurs yeux, faire reposer l'évaluation de la contrainte à l'emploi sur les professionnels de la santé les empêche de jouer pleinement leur rôle de soignant.»

stigmaté associé à un diagnostic justificatif d'une contrainte sévère et continuer de travailler à sa réinsertion sociale lors de cette période potentiellement transitoire.

Néanmoins, les récits de pratique montrent que les tiraillements, chez les médecins au premier chef, demeurent présents lorsqu'il s'agit d'évaluer la contrainte sévère à l'emploi. Ces tiraillements trouvent leur source, entre autres, dans le sentiment qu'ils ont le devoir de pallier un filet social insuffisant et dans la tâche qui leur est dévolue de devoir réduire des histoires de vie complexes à des formulaires diagnostiques qui seront, en dernier ressort, repris par des professionnels du MTESS n'ayant aucune connaissance approfondie de l'utilisateur et de sa situation particulière.

En somme, si les professionnels du CRAN ont, grâce à leur équipe interdisciplinaire, développé l'art de tenir compte de nombreux DSS dans l'évaluation de la contrainte sévère à l'emploi, ils font face à un processus administratif qui, au final, leur semble dépersonnaliser l'évaluation médico-psycho-sociale qu'ils ont pris soin de faire. Dans le contexte actuel où l'écart entre le montant de base alloué à l'aide sociale et celui alloué aux bénéficiaires de l'aide de dernier recours ayant une contrainte sévère à l'emploi se creuse (MTESS, 2017), l'heure semble donc à la prise de parole et au dialogue pour faire reconnaître l'avantage du travail interdisciplinaire lorsqu'il s'agit de pratiques professionnelles complexes, telles que l'évaluation pour contrainte sévère à l'emploi.

Notes

1. Le montant de base (programme d'aide sociale) pour une personne seule était de 616\$ (en 2015) ou 623\$ (en 2016), alors que pour une personne avec contrainte sévère à l'emploi (programme de solidarité sociale), il était de 937\$ (en 2015) ou 947\$ (en 2016), soit un supplément de 52%.

2. Le projet de recherche qualitative comprend deux volets. Le premier volet documente les pratiques professionnelles relativement aux demandes de certificat pour contrainte sévère à l'emploi. Le deuxième volet documente les trajectoires sanitaires et sociales d'utilisateurs ayant reçu différents types de suivi suite à une reconnaissance de contrainte sévère à l'emploi (que la certification soit obtenue ou non). La collecte de données a été menée au CRAN d'avril 2015 à septembre 2016. Sept professionnels (infirmiers, intervenants psychosociaux et médecins) et dix-huit usagers du service régulier (15 hommes et 3 femmes) du CRAN ont été interviewés. Parmi les usagers, la moitié (9) s'étaient vus reconnaître une contrainte sévère à l'emploi au moment de l'entrevue de recherche. Parmi les 9 autres, 3 étaient en processus avec leur médecin pour faire reconnaître leur contrainte à l'emploi, 3 étaient en attente de la décision du MTESS, et 3 étaient en processus de contes-

tation de la décision du MTESS. Deux discussions de groupe ont aussi eu lieu avec les professionnels du CRAN; une en début de recherche, avant la tenue des entrevues individuelles, et l'autre en fin de recherche, afin de discuter des analyses préliminaires. Cet article présente une partie des données colligées pour le volet 1 de la recherche, en lien avec les pratiques professionnelles. Ce projet de recherche a été rendu possible grâce à un financement du CRAN. En 2017, le CRAN devient le Programme CRAN et est intégré à la Direction des programmes santé mentale et dépendance du CIUSSS Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal.

3. Consulté en ligne le 9 avril 2018. <http://www.mani.mess.gouv.qc.ca/?sujet=42505>

4. Lors de la collecte de données, le montant alloué pour une personne avec contrainte temporaire était de 747\$ (en 2015) ou 755\$ (en 2016).

Références

- Arrelou, B.E, L. Borgquist et al. (2005), «Influence of local structural factors on physicians' sick-listing practice: A population-based study», *European J of Pub Health*, 15(5), p. 470-74.
- Association médicale canadienne (AMC) (2012), *L'équité en santé et les déterminants sociaux de la santé : Un rôle pour la profession médicale*, Ottawa, AMC.
- Beaulieu, M-D. (2016), «Construction et hiérarchisation des données probantes en santé. Savoirs scientifiques, expérientiels et contextuels», *Revue du CREMIS*, 9(2), p.9-14.
- Bremander, A.B, J. Hubertsson et al. (2011), «Education and benchmarking among physicians may facilitate sick-listing practice», *Journal of Occupational Rehabilitation*, 22, p.78-87.
- Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) (2015). *Best Advice Guide : Social Determinants of Health*, Mississauga, CMFC.
- Engblom, M., G. Nilsson et al. (2011), «Frequency and severity of problems that general practitioners experience regarding sickness certification», *Scandinavian J Of Primary Health Care*, 29(4), p.227-33.
- Falvo, D. (2013), «Psychosocial and functional aspects of health condition» in D. Falvo (dir.), *Medical and Psychosocial Aspects of Chronic Illness and Disability*, Burlington, Jones & Bartlett, p.9-30.
- Foley, M., K. Thorley et al. (2013), «Assessing fitness for work: GPs judgment making», *Eur J Gen Pract.*, 19(4), p.230-36.
- Letrilliat, L. et A. Barrau (2012), «Difficulties with the sickness certification process in general practice and possible solutions: A systematic review», *Eur J Gen Pract.*, 18(4), p. 219-28.
- Loisel, P. et P. Côté (2014), «The Work disability paradigm and its public health implications» in P. Loisel et J. Anema (dirs.), *Handbook of Work Disability - Prevention and Management*, New York, Springer, p. 59-67.
- Ministère du travail, de l'emploi et de la solidarité sociale (MTESS) (2017), *Plan d'action gouvernemental pour l'inclusion économique et la participation sociale 2017-2023. Un revenu de base pour une société plus juste*, Québec, Gouvernement du Québec.

- Nordby, H., R. Ronning et al. (2011), *Social aspects of illness, disease and sickness absence*, Oslo, Unipub.
- OMS (2018), *Les déterminants sociaux de la santé*, Genève, Organisation mondiale de la santé.
- OMS (2005), *Towards a Conceptual Framework for Analysis and Action on the Social Determinants of Health*, Genève, Organisation mondiale de la santé.
- Solar, O. et A. Irwin (2010), *A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health*, Genève, OMS.
- Stigmar K., B. Grahn et al. (2010), «Work ability – experiences and perceptions among physicians», *Disability and Rehabilitation*, 32(21), p. 1780-89.
- Wainwright, E., D. Wainwright et al. (2015), «The social negotiation of fitness for work: tensions in doctor-patient relationships over medical certification of chronic pain», *Health*, 19(1), p. 17-33.



Déjudiciarisation et itinérance

Bénéfices et paradoxes d'un programme d'accompagnement à la Cour

DOSSIER

Isabelle Raffestin

Étudiante au doctorat, École de travail social,
Université de Montréal
Coordonnatrice à l'intervention,
Clinique Droits Devant (de 2014 à 2018)

Véronique Fortin

Professeure, Faculté de droit,
Université de Sherbrooke

Depuis une décennie environ, les tribunaux spécialisés ou programmes sociaux dans le domaine de la justice sont de plus en plus en vogue. Appelés *problem solving courts* en anglais, ils adaptent la procédure pénale et criminelle aux besoins particuliers des populations. À ce titre, on retrouve les tribunaux visant le traitement de la toxicomanie, les tribunaux en santé mentale, les tribunaux visant les personnes en situation d'itinérance, les tribunaux spécialisés en violence conjugale et les tribunaux communautaires pour la résolution de conflits dans la collectivité.¹ Par ces tribunaux, on cherche à traiter les problèmes sous-jacents à la criminalité plutôt que simplement punir. Ces tribunaux offrent une approche judiciaire que certains appellent «thérapeutique» (*therapeutic jurisprudence*) (Wexler, 2014 ; Wexler et al., 1996).

Cet article présente le *Programme Accompagnement Justice Itinérance à la Cour* (PAJIC) de la cour municipale de Montréal, un programme visant à atténuer les effets de la judiciarisation des personnes en situation d'itinérance ou l'ayant été (Fortin et al., 2017). Ce programme est issu, entre autres, du constat d'intervenants sociaux il y a 15 ans. Selon ces derniers, les personnes en situation d'itinérance recevaient des constats d'infraction pour des gestes anodins. Ce type de judiciarisation avait de grands impacts sur leur vie, dont l'emprisonnement pour non-paiement d'amendes. En 2005, une première recherche de Bellot et al. (2005) por-

tant sur la judiciarisation des personnes en situation d'itinérance à Montréal, confirme ces observations et décrit l'ampleur de ce phénomène. Cela a mené la *Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse du Québec* (CDPDJQ) à mettre sur pied, en 2006, un comité et des sous-comités tripartites où se rencontraient des représentant-e-s de la Commission, de la Ville de Montréal et du milieu communautaire de l'itinérance afin de trouver des réponses à cette judiciarisation. Le sous-comité *Alternatives à l'incarcération* a conduit à la mise sur pied du PAJIC, en 2009.

Alléger le fardeau

Le PAJIC s'adresse aux personnes ayant vécu une période d'itinérance qui ont cumulé des constats d'infraction liés à leur mode d'occupation de l'espace public à Montréal. Avoir dormi dans un parc ou dans une station de métro, consommé des boissons alcooliques ou flâné sont des exemples d'infractions pouvant être traitées par le PAJIC. D'autres infractions, telles que le fait de posséder un couteau, ne sont pas admissibles en vertu de leur potentiel perçu de dangerosité. Il en est de même pour les infractions liées à la possession ou à la conduite d'une automobile, qui sont considérées comme étant non liées au fait de vivre en situation d'itinérance.

Afin d'intégrer ce programme, les personnes doivent être en processus de réinsertion sociale, définie au sens large. Puisque la réinsertion varie selon le cheminement, l'ancrage et la durée de « vie de rue », la désaffiliation et les problèmes vécus par les personnes, elle peut prendre différentes formes. Ainsi, la réinsertion est, pour certaines, le fait de fréquenter un refuge plutôt que la rue et de diminuer leur consommation d'alcool. Pour d'autres, c'est de vivre en logement et de cesser totalement de consommer. Ce programme est basé sur la reconnaissance que la judiciarisation est un frein à la réhabilitation sociale et vise à alléger le fardeau judiciaire pour aider ces personnes dans leur réhabilitation. Ainsi, à l'issue du programme, les constats d'infraction sont retirés en partie ou en totalité en contrepartie d'actions réalisées par les personnes pour améliorer leur situation de vie et sortir de l'itinérance.

L'entrée dans ce programme se fait par le biais de la *Clinique Droits Devant*, organisme communautaire œuvrant dans le milieu de l'itinérance montréalais. Les personnes intéressées qui ont connu l'itinérance contactent une des intervenantes de cet organisme, qui évalue l'admissibilité et la volonté de la personne à y participer. Lorsque la personne répond aux critères et qu'elle comprend ce que sa participation implique, elle reçoit une date pour une rencontre avec un procureur de la poursuite à la Ville de Montréal. Cette rencontre, d'une tren-

taine de minutes par personne, se déroule dans les locaux de la *Clinique Droits Devant* en présence d'une intervenante sociale. Le procureur pose des questions en lien avec quatre thèmes : la stabilité résidentielle, la consommation de drogues ou d'alcool, le réseau social et les projets de la personne. Ni l'infraction reprochée, ni le contexte de remise du constat d'infraction ne sont abordés.

À l'issue de cette rencontre, le procureur offre à la personne, selon la situation, une nouvelle rencontre pour réévaluer ses progrès, ou bien un retrait, c'est-à-dire l'annulation des constats d'infraction lors d'une séance à la cour dans les mois suivants. En un tel cas, la personne doit donc se présenter à une date donnée, devant un des juges assignés au PAJIC. Le juge est informé alors, de la bouche du procureur, des démarches effectuées par la personne, puis peut accepter le retrait des constats d'infraction et offrir une attestation de réussite du programme à la personne.

Flexibilité

L'idée des tribunaux spécialisés est de rendre la justice plus adaptée, d'éviter la récidive et le phénomène de « portes tournantes », de procurer une alternative à l'incarcération et de diminuer la sévérité des sentences. Toutefois, des critiques face à ces tribunaux spécialisés ont été



émises, notamment par rapport au fait qu'ils peuvent devenir une agence correctionnelle qui procède à la gestion de la peine (MacCoy *et al.*, 2015) plutôt qu'à l'adjudication de la culpabilité. De plus, ces tribunaux peuvent participer, selon certains, à un assemblage punitif où sont effacées les frontières entre punition et bien-être (Hannah-Moffat *et al.*, 2012). D'autres auteurs critiquent également le contrôle social des équipes de traitement qui souhaitent réformer la personne et non la punir, contestant ainsi la pertinence de l'intervention des tribunaux dans un domaine éloigné de leur mission traditionnelle (MacDonald *et al.*, 2015).

Toutefois, le PAJIC est bien différent des autres tribunaux spécialisés, notamment des autres programmes sociaux de la cour municipale de Montréal. En effet, il est né des suites du rapport de 2005 de Bellot *et al.* qui soulignait le besoin d'accompagnement, mais aussi de la reconnaissance par les acteurs judiciaires que la judiciarisation est un frein à la réinsertion sociale des personnes en situation d'itinérance. Bien qu'il ne soit pas sans défauts, il reste unique et ce, en raison de sa flexibilité et de son

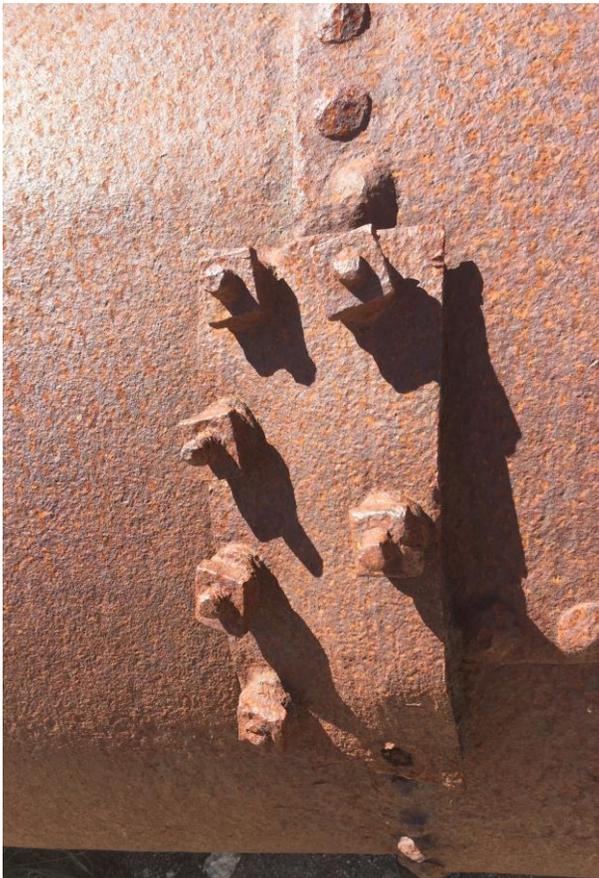
ancrage dans le milieu communautaire, ce qui le met un peu à l'abri des critiques énoncées précédemment.

La flexibilité du PAJIC s'est révélée depuis ses débuts en évoluant selon les caractéristiques et besoins des personnes en situation d'itinérance. Ainsi, la première année, seuls les constats d'infraction non jugés étaient visés par ce programme et les rencontres entre participants et procureur se déroulaient dans le bureau de ce dernier. Très vite, il s'est avéré nécessaire, d'une part, que les rencontres aient lieu dans les locaux de l'organisme communautaire, lieu significatif pour les personnes, où elles se sentent plus à l'aise et en confiance. D'autre part, traiter l'entièreté des constats d'infraction, y compris ceux jugés par défaut, s'est révélé indispensable afin de ne pas laisser les personnes crouler sous une dette considérable freinant leur réinsertion sociale, même après une participation au PAJIC. Enfin, un volet supplémentaire s'est ajouté au programme en 2011, permettant le traitement des infractions criminelles (et non seulement pénales réglementaires) non jugées.²

Souplesse

La souplesse est une autre caractéristique fondamentale du PAJIC. Cette souplesse se situe sur différents plans, notamment en ce qui a trait aux infractions qui sont habituellement exclues du programme, mais qui peuvent être traitées selon le contexte. Par exemple, dans le cas d'une femme qui reçoit un constat d'infraction pour utilisation de son couteau pour manger dans la rue, elle pourrait être intégrée dans le programme malgré le fait qu'une infraction en lien avec un couteau est en principe exclue. Le contexte dans lequel la personne a reçu le constat peut à l'occasion faire en sorte que celui-ci soit traité ou non par le programme. De plus, l'entrée dans le PAJIC est également flexible puisque les procureurs reconnaissent que les personnes ne partent pas de la même situation d'itinérance, du même passé de rue et ne sont pas rendues aux mêmes conditions de vie. Ainsi, pour une personne qui a connu une situation d'itinérance chronique, le fait de dormir régulièrement dans un refuge est reconnu comme une démarche importante, alors que pour d'autres, dont le vécu de rue est plus loin dans le passé, on peut exiger le maintien d'un emploi stable.

L'abstinence de consommation d'alcool est également variable selon les individus puisque, pour certains, le fait de contrôler leur consom-



cmca mmxviii

mation dans une perspective de réduction des méfaits est plus réaliste que l'abstinence comme telle. De même, une personne ne peut en principe compléter le PAJIC qu'une fois – comme c'est le cas de la plupart des tribunaux spécialisés qui redoutent la récidive. Mais certain-e-s procureur-e-s du PAJIC reconnaissent que la rechute fait partie du processus de réinsertion. Cela fait en sorte que la caractérisation de la personne comme récidiviste n'est pas automatique et se fait avec précaution.

Une autre manifestation de la souplesse du PAJIC est le fait que les procureurs ne demandent pas de preuves pour vérifier l'abstinence par exemple. Cela fait en sorte que les personnes se sentent plus en confiance, moins surveillées dans leurs gestes et, par conséquent, se livrent davantage aux procureurs. Enfin, certaines personnes maintenant domiciliées en région éloignée de Montréal ont eu l'occasion de rencontrer virtuellement un procureur du PAJIC, par visioconférence par exemple, ce qui leur a facilité l'accès au programme.

Cette souplesse va de pair avec un certain rapport de confiance qui s'est développé entre les personnes impliquées dans le programme, que ce soit sur le plan de la sincérité des participants, de la légitimité de l'approche des acteurs judiciaires, ou de la compétence de l'organisme communautaire en tant que porte d'entrée du programme.

Ancrage

L'autre spécificité du PAJIC est son ancrage dans le milieu communautaire. La *Clinique Droits Devant*, née des constats du milieu de la recherche et du milieu communautaire, est l'unique porte d'entrée du PAJIC.³ Cet organisme n'offre pas seulement l'entrée dans ce programme, mais propose également d'accompagner les personnes dans la sphère judiciaire traditionnelle. La philosophie de l'organisme est centrée sur le renforcement des capacités des personnes et le respect de leurs choix. Ainsi, la participation de la *Clinique Droits Devant* au PAJIC ne se fait ni au prix de sa mission ni de sa philosophie.

Si, parfois, des agents de liaison dans les tribunaux spécialisés deviennent des agents de contrôle social responsables de punir, les intervenantes de la *Clinique Droits Devant* ne s'insèrent pas dans cette dynamique (Fortin, 2015 ; Fortin *et al.*, 2017). Ceci s'explique par le fait que le PAJIC n'est pas l'unique volet de l'intervention de cet organisme et que ce der-

nier existait bien avant les débuts du PAJIC. Ce programme a donc été modelé en partie à partir de la philosophie de l'organisme communautaire. De plus, son intervention débute en amont du PAJIC et se traduit par un accompagnement de la personne tout au long du programme, si elle souhaite l'intégrer. Enfin, le fait que ce soit un organisme communautaire, plutôt qu'un organisme institutionnel, lui permet plus d'autonomie.

Ainsi, par sa souplesse et son ancrage dans le milieu communautaire plutôt que dans les milieux juridique ou institutionnel, le PAJIC participe moins à la logique de contrôle social que certains autres tribunaux spécialisés. Et lorsque l'on se situe du point de vue des personnes ayant cumulé des constats d'infraction lors de leur période d'itinérance, le PAJIC est un atout. Après que la dette judiciaire liée à leurs constats d'infraction a été annulée, les personnes peuvent enfin se consacrer à leurs démarches pour s'éloigner de leur passé de rue. Par exemple, elles n'ont pas besoin d'effectuer de nombreuses heures de travaux compensatoires et peuvent consacrer leur temps à rechercher un emploi, se rendre à leur rendez-vous ou prendre soin de leur santé.

Paradoxes et injustices

Toutefois, le PAJIC n'est pas parfait. En effet, il a tout d'abord peu ou pas d'impact sur les personnes en situation d'itinérance qui ne sont pas en processus de sortie de rue. Pourtant, la judiciarisation est une source de stress pour ces personnes, ce qui affecte parfois leur volonté de faire des démarches pour améliorer leurs conditions de vie. De plus, le PAJIC est une forme de négociation et non de contestation. Ainsi, les notions de profilage social et de discrimination ne sont pas remises en cause et ne peuvent être évoquées lors de la rencontre avec le procureur. Et ce, même si la CDPDJQ a émis un rapport en 2009, démontrant que le Service de Police de Montréal (SPVM) fait du profilage social.

De même, au sein du PAJIC, la personne ne peut donner sa version des faits, puisque le procureur la renverra devant les tribunaux réguliers pour présenter sa défense si elle explique le contexte de sa judiciarisation. En outre, pour un constat normalement inadmissible au programme (par exemple, ayant pour motif d'avoir entravé le travail d'un agent de la paix), le plus souvent, le procureur retirera seulement les frais qui se sont accumulés depuis l'émission du constat et la personne devra plaider coupable et payer l'amende. Pourtant, les personnes consi-

«...par sa souplesse et son ancrage dans le milieu communautaire plutôt que dans les milieux juridique ou institutionnel, le PAJIC participe moins à la logique de contrôle social que certains autres tribunaux spécialisés.»

«...d'un côté, le service de police remet des constats d'infraction et, de l'autre, la cour municipale les retire.»

dèrent souvent cette judiciarisation comme injuste (Raffestin, 2009).

Le fait de devoir trouver un endroit où dormir et de se déplacer d'organisme en organisme pour se nourrir et se vêtir dans le quotidien, associé au stress suscité par l'idée de se retrouver devant un tribunal, fait en sorte qu'elles ne contestent pas sur-le-champ leurs constats d'infraction. Elles sont conséquemment déclarées coupables sans faire entendre leur défense. Et lorsqu'elles intègrent le PAJIC, quelques mois ou années plus tard, comme elles ne sont plus en situation d'itinérance, elles apprécient de se voir retirer la très grande majorité de leur judiciarisation pour conserver leur stabilité. Elles acceptent alors que seuls les frais soient réduits et de ne pas contester, même si elles estiment être non coupables.

De plus, le fait de se faire offrir par un procureur du PAJIC le retrait partiel ou total de leur judiciarisation, plutôt qu'aller contester chaque constat non jugé individuellement est attrayant. L'issue du processus du programme étant connue à toutes fins pratiques, les personnes qui ont vécu l'itinérance préfèrent le PAJIC à la procédure régulière qui a une finalité incertaine. Cela se comprend, mais fait en sorte que ces personnes ne vont pas défendre leurs droits (que certaines considéraient bafoués) et contribuent au fait qu'il y a moins de jurisprudence sur certaines questions.

Une autre critique du PAJIC renvoie à un paradoxe : d'un côté, le service de police remet des constats d'infraction et, de l'autre, la cour municipale les retire. Cela peut paraître s'annuler, mais c'est oublier que cette judiciarisation a des conséquences négatives et un coût humain pour les personnes en situation d'itinérance et ce, tout au long du processus. Dès la remise du constat d'infraction, elles doivent, entre autres, quitter l'espace public et ne peuvent y être librement (Fortin, 2015), devenir «invisibles» (Sylvestre et al., 2011), vivre de l'humiliation en étant interpellées et avoir peur de perdre leurs acquis. Puis, dans le PAJIC, elles doivent répondre aux questions d'un procureur par rapport à leur vie privée (consommation, réseau social, etc.) sans rapport aux infractions reprochées, informations qu'en procédure régulière elles n'auraient pas à fournir. Ainsi, à travers le PAJIC, la cour participe à la surveillance, et ce avant sentence, des personnes en situation d'itinérance (Fortin et al., 2017; Hannah-Moffat et al., 2012). Elle compile des informations sur les personnes et cherche à imposer une certaine conformité aux normes sociales domi-

nantes, comme la réinsertion sociale.

Vigilance

Malgré les apports du PAJIC pour les personnes ayant connu l'itinérance, il importe donc de rester vigilant. Certes ce programme libère partiellement ou totalement les personnes qui peuvent y participer de leur dette judiciaire, mais il n'est pas une panacée. Les acteurs du PAJIC doivent ainsi rester critiques et flexibles à son endroit. Ils ne doivent pas voir uniquement l'adoucissement de certains effets de la judiciarisation, mais également garder en tête la violation des droits des personnes en situation d'itinérance (Sylvestre et al., 2011), l'illégitimité de cette judiciarisation et le profilage social qui est souvent exercé.

Notes

1. Toxicomanie (Moore, 2007 ; Nolan Jr, 2003 ; Hora et al., 1999 ; Wilson et al., 2006), santé mentale (MacDonald et al., 2015 ; Jaimes et al., 2009 ; Nordberg, 2016), personnes vivant en situation d'itinérance (Binder, 2002), violence conjugale (Neuberger Blowers, 2002 ; Tsai, 2000 ; Gauthier, 2001), résolution de conflits dans la collectivité (Ministry of justice, 2013 ; Lee, 2000 ; Slinger et al., 2010).
2. Ce volet n'est pas abordé ici.
3. La *Clinique Droits Devant* est l'unique porte d'entrée au programme en matière pénale, mais au fil des ans s'est développé le volet criminel du PAJIC où les avocats de la défense peuvent également intégrer une personne, mais toujours après validation d'une intervenante de la *Clinique Droits Devant*.

Références

- Bellot, Céline, Raffestin, Isabelle, Royer, Marie-Noële et Véronique Noël (2005), "Judiciarisation et criminalisation des populations itinérantes", Rapport de recherche au Secrétariat National des sans-abri, 150 p.
- Binder, Steven R. (2002), *The Homeless Court Program: Taking the Court to the Streets*, Washington (DC), American Bar Association.
- Colombie-Britannique, Ministry of justice (2013), *Downtown Community Court in Vancouver: Efficiency Evaluation*.
- Fortin, Véronique (2015), "Taking the Law to the Streets: Legal and Spatial Tactics Deployed in Public Spaces to Control Protesters and the Homeless in Montréal", Thèse de doctorat en criminologie, droit et société, University of California Irvine.
- Fortin, Véronique et Isabelle Raffestin (2017), "Le Programme d'accompagnement justice - itinérance à la cour municipale de Montréal (PAJIC) : un tribunal spécialisé ancré dans le communautaire", *Revue générale de droit*, 47, p. 177-208.
- Gauthier, Sonia (2001), *La violence conjugale devant la justice. Conditions et contraintes de*

- l'application de la loi*, Paris et Montréal, L'Harmattan.
- Hannah-Moffat, Kelly et Paula Maurutto (2012), "Shifting and targeted forms of penal governance: bail, punishment, and specialized courts", *Theoretical Criminology*, 16 (2), p. 201-204.
- Hora, Peggy Fulton, Schma, William G. et John T. A. Rosenthal (1999), "Therapeutic Jurisprudence and the Drug Treatment Court Movement: Revolutionizing the Criminal Justice System's Response to Drug Abuse and Crime in America", *Notre Dame Law Review*, 74 (2), p. 439-537.
- Jaimes, Annie, Crocker, Anne, Bédard, Évelyne et Daniel L. Ambrosini (2009), "Les tribunaux de santé mentale : déjudiciarisation et jurisprudence thérapeutique", *Santé mentale au Québec*, 34 (2), p.170-197.
- Lee, Éric (2000), "Community Courts: An Evolving Model", *US Department of Justice, Bureau of Justice Assistance, Center for Court Innovation*, 2, p. 1-25.
- MacCoy, Candace, Heydebrand, Wolf et Rekha Mirchandani (2015), "The Problem with Problem-Solving Justice: Coercion vs Democratic Deliberation", *Restorative Justice Journal*, 3 (2), p. 159-187.
- MacDonald, Sue-Ann et Audrey-Anne Dumais Michaud (2015), "Social exclusion in a Mental Health Court?", *Intersectionalities : A Global Journal of Social Work Analysis, Research, Polity and Practice*, 4 (2), p. 51-75.
- MacDonald, Sue-Ann et Audrey-Anne Dumais Michaud (2015), "La prise en charge et discours entourant les personnes judiciarisées au sein d'un tribunal de santé mentale", *Nouvelles Pratiques sociales*, 27 (2), p. 161-177.
- Québec, Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse du Québec (2009), *La judiciarisation des personnes itinérantes à Montréal : un profilage social*.
- Moore, Dawn (2007), *Criminal Artefacts: Governing Drugs and Users*, Vancouver, UBC Press.
- Neuberger Blowers, Anita (2002), "Domestic Violence Courts", in David Levinson, *Encyclopedia of Crime and Punishment*, Londres (R-U), SAGE Publications, p. 545-546.
- Nolan Jr, James L. (2003), "Drug Courts in Theory and Practice" *Journal of Sociology & Social Welfare*, 30 (3) (16), p. 176-178.
- Nordberg, Anne (2016), "Therapeutic Governmentality and Biopower in a Canadian Mental Health Court", *BioSocieties*, 11 (2), p. 240-261.
- Raffestin, Isabelle (2009), "Une injustice programmée ? Le point de vue des personnes itinérantes sur leur judiciarisation et leur incarcération", Mémoire de maîtrise en travail social, Université de Montréal.
- Slinger, Emily et Ronald Roesch (2010), "Problem-Solving Courts in Canada: A Review and a Call for Empirically-Based Evaluation Methods", *Int'l J Law Psychiatry*, 33 (4), p. 258-264.
- Sylvestre, Marie-Ève, Bellot, Céline, Couture Ménard, Philippe Antoine et Alexandra Caroline Tremblay (2011), "Le droit est aussi une question de visibilité : occupation des espaces publics et parcours judiciaires des personnes itinérantes à Montréal et à Ottawa", *Revue canadienne Droit et société*, 26 (3), p. 531-561.
- Tsai, Betsy (2000), "The Trend Toward Specialized Domestic Violence Courts: Improvements on an Effective Innovation", *Fordham Law Review*, 68 (4), p. 1285-1328.
- Wexler, David B. (2014), "Two Decades of Therapeutic Jurisprudence," *Touro Law Review*, 24 (1), (4), p.17-29.
- Wexler, David B. et Bruce Winick (1996), "Law in a therapeutic key: developments in therapeutic jurisprudence". Carolina Academic Press, Durham, North Carolina, p.337-340.
- Wilson, David B., Mitchell, Ojmarrh et Doris L MacKenzie (2006), "A Systematic Review of Drug Court Effects on Recidivism", *Journal of Experimental Criminology*, 2 (4), p. 459-487.



cmca mmxviii

Accompagnement psychosocial en déficience intellectuelle et itinérance

Des liens qui soutiennent et qui stabilisent

*Stéphane Handfield**MSc sociologie
professionnel de recherche, CREMIS*

DOSSIER



cmca mmxviii

Les personnes accompagnées par Milos – psychoéducateur spécialisé en déficience intellectuelle et en itinérance à Montréal – ont toutes deux points en commun : celui de vivre ou d’avoir déjà vécu en situation d’itinérance et celui d’être catégorisées comme ayant une déficience intellectuelle.¹ Les personnes ainsi catégorisées ont souvent un parcours marqué par des ruptures et des abus relationnels, par des problèmes de santé physique et mentale, par la dépendance, et par la pauvreté, l’isolement et la précarité résidentielle (Ellem *et al.*, 2013; O’Connor et MacDonald, 2008). Elles peuvent éprouver des difficultés particulières à prendre du recul par rapport à leur situation, à déceler les intentions malignes chez autrui et à évaluer les conséquences probables de leurs gestes. Elles sont ainsi particulièrement vulnérables à l’exploitation physique, sexuelle ou financière, ou susceptibles de se faire convaincre de consommer des drogues ou de s’engager dans la criminalité, précipitant ainsi leur arrivée en situation d’itinérance (O’Connor et MacDonald, 2008; Picard *et al.*, 2011a; Picard *et al.*, 2011b). L’ensemble des difficultés personnelles et sociales associées à la déficience intellec-

tuelle, croisées avec celles associées à un faible revenu, entraîne une surreprésentation de ces personnes parmi les personnes en situation d'itinérance (Curateur public du Québec, 2008) et parmi les personnes judiciairisées et incarcérées (Ouellet *et al.*, 2012).

Leurs limitations font aussi obstacle à l'acquisition d'un emploi et les personnes accompagnées par Milos dépendent donc financièrement des prestations de l'aide sociale et des revenus du travail informel : généralement la quête, la collecte de consignes et la petite criminalité pour les hommes et le travail du sexe pour les femmes. Elles ne sont ainsi pas nécessairement «dans la rue», bien qu'elles en aient toutes fait l'expérience. En effet, l'itinérance n'est pas un phénomène statique ou linéaire : elle s'apparente plutôt à un cycle au cours duquel les personnes font des aller-retour entre le logement et la rue, ayant à jongler entre leurs différents besoins de base avec un budget restreint (COH, 2012). Plusieurs personnes accompagnées font donc face à une situation de précarité de logement – généralement associée à la précarité financière, alimentaire, et relationnelle – plutôt qu'à l'absence complète de logement.

Dans un tel état de précarité, les personnes sont particulièrement vulnérables aux imprévus. Par exemple, le décès d'un membre de la famille peut contraindre à un déménagement improvisé qui peut précipiter un retour à la rue si la personne n'a pas les ressources personnelles ou financières pour gérer ce déséquilibre temporaire. S'ensuit alors un enlèvement progressif dans de multiples problématiques associées à l'itinérance, rendant d'autant plus difficile un retour en logement : par exemple, entre autres, perte de réseau social, problèmes de santé physique et mentale et consommation. La plupart des personnes accompagnées se retrouvent ainsi à la rue suite à une incapacité temporaire à se maintenir en logement. Elles sont d'ailleurs particulièrement vulnérables à ces dégringolades, car elles ont rarement accès à un réseau qui puisse les soutenir sur les plans matériel, émotionnel ou financier lors de phases difficiles.

En l'absence d'un réseau de proximité soutenant, les réponses sociales à leurs difficultés particulières relèvent généralement des institutions de derniers recours – police, hôpital, prison – avec lesquelles elles ont tendance à avoir des contacts fréquents ou épisodiques (Ouellet *et al.*, 2012). Faute de services appropriés, ces institutions sont souvent impuissantes devant la complexité et la multiplicité de leurs problèmes

et peuvent les renvoyer à la rue sans solution une fois la crise passée. Les personnes accompagnées par Milos se retrouvent ainsi souvent prises dans le phénomène institutionnel dit des «portes tournantes».

Milos rencontre donc des personnes abandonnées à la fois par leurs proches et n'ayant plus de filet social, personnes prises dans le cercle vicieux de leurs problèmes et cumulant les étiquettes – déficience intellectuelle, itinérance, maladie mentale, toxicomanie, travail du sexe, délinquance. Avec le temps, le poids de la solitude, des stigmates et de leurs difficultés peut écraser leurs espoirs de connaître des jours meilleurs.

Créer du lien

Le processus de stabilisation en logement des personnes accompagnées par Milos est facilité par la présence de divers liens susceptibles de les soutenir dans leurs projets et face aux difficultés qu'elles rencontrent.² En suivant l'intervenant dans son quotidien de pratique, j'ai réalisé qu'un aspect important de son intervention est ainsi de favoriser le développement d'un réseau soutenant : par exemple, il accompagnera une ou deux fois une personne dans un organisme communautaire s'il la considère susceptible de bénéficier des ressources qui y sont offertes et qui seront à sa disposition lorsqu'elle en sentira le besoin. Toutefois, une bonne partie des liens sont tissés par les personnes elles-mêmes et le rôle de l'intervenant se résume à favoriser le développement des liens positifs et de remettre en question ceux qui lui paraissent délétères. J'ai classifié les liens soutenant favorisés par l'intervenant en cinq catégories : les ressources d'hébergement, les ressources institutionnelles et communautaires, les personnes bienfaitrices, les pairs et les milieux de travail.

Milos se donne tout d'abord comme priorité d'établir un lien avec une ressource d'hébergement stable, ce qu'il conçoit comme un prérequis à tout travail sur soi : sans logement adapté à ses besoins, la personne n'a pas de lieu où se reposer, se sentir en sécurité, et fonder un sentiment d'appartenance. L'intervenant affirme évaluer divers facteurs avant de proposer un hébergement à une personne. Il doit, par exemple, déterminer la meilleure ressource, compte tenu des besoins de la personne. Les différentes ressources (maison de chambre, résidence supervisée, logement autonome ou supervisé) présentent des avantages et inconvénients variés en termes de supervision, de soutien quotidien (l'inclusion



cmca mmxviii

des repas ou du ménage, par exemple), et de restrictions (couvre-feu, sobriété, etc.). Dans le cas d'une des femmes accompagnées, Milos ne lui a pas proposé d'être en logement autonome considérant que, sans supervision, elle serait plus vulnérable aux abus potentiels de la part de vendeurs de drogue ou de clients ramenés à domicile lorsqu'elle fait du travail du sexe. Avoir un chez-soi répondant à ses besoins de sécurité permet à une personne de s'éloigner de réseaux sociaux nocifs, de se retirer pour prendre soin de sa santé physique ou mentale et d'accumuler des ressources matérielles afin d'atteindre un certain confort.

Milos favorise aussi les liens avec des ressources institutionnelles et communautaires, principalement en accompagnant les personnes dans les ressources et dans leurs démarches auprès de celles-ci. Selon Ouellet (2017), cet accompagnement est particulièrement important puisque les personnes catégorisées comme ayant une déficience intellectuelle peinent souvent à avoir accès aux ressources institutionnelles en raison de difficultés à comprendre leur fonctionnement et leurs normes communicationnelles. D'autres chercheurs soulignent leur difficultés d'accès aux services sociaux et aux soins parce que leurs besoins relèvent à la fois des services sociaux et du système de la santé et qu'aucun de ces services n'est à l'aise de répondre à leurs demandes de soins (Fisher, 2004; Ward et al., 2010; Salvador-Carulla et al., 2008).

Plusieurs personnes accompagnées par Milos visitent régulièrement les centres de jour et les organismes en itinérance qui offrent des repas gratuits. Les liens tissés avec ces organismes communautaires sont importants pour les personnes. Par exemple, un des hommes a développé un fort sentiment d'appartenance à un organisme communautaire qu'il fréquente et au sein duquel il s'implique plusieurs fois par semaine. Ce sentiment d'appartenance s'exprime, entre autres, par sa tendance à s'inclure dans certaines activités réalisées au sein de l'organisme : «on a rénové la salle de bain». Ce sentiment d'appartenance est renforcé par des gestes de reconnaissance de la part des membres de l'organisme, comme la préparation d'un repas spécial à l'occasion de son anniversaire.

Le témoignage d'un autre homme permet aussi d'entrevoir l'importance d'avoir un réseau soutenant pour sortir de la dépendance ou de l'itinérance : «Il faut jamais lâcher quelqu'un, faut toujours lui donner une bouée de sauve-

tage; sinon, tu quittes ta gang de conso, tu te ramasses tout seul, pis tu te remets à boire parce que t'es seul». Dans son cas, la création d'un nouveau réseau s'est faite à travers les activités de groupe offertes dans un centre de jour et semble avoir contribué au développement d'une identité personnelle positive, comme l'illustre la manière dont il s'est présenté lors d'une conférence : «Bonjour, je m'appelle [X] et je suis un artiste.» Cette introduction témoigne que, par son implication dans un centre de jour où il joue régulièrement de la musique avec des pairs, il exerce un rôle social valorisé et reconnu sur lequel il peut fonder son identité.

Les personnes accompagnées par Milos entretiennent aussi avec des personnes bienfaitrices des liens fondés sur une relation d'aide et pouvant prendre une grande place dans leur vie. Par exemple, voisins et propriétaires d'immeubles peuvent jouer un rôle significatif. En côtoyant régulièrement les personnes accompagnées, ils peuvent régler les situations problématiques avant qu'elles ne se dégradent. Ils peuvent également informer l'intervenant si une telle situation semble se profiler. Des résidents du quartier ou des passants peuvent aussi être vus comme des personnes bienfaitrices, en soutenant les personnes dont la rue constitue le milieu de vie et qui y passent le plus clair de leur temps, même lorsqu'elles ont un logement. Ce type de soutien est plus indirect que l'investissement personnel et régulier de voisins, mais semble jouer un rôle significatif à partir du moment où la personne est reconnue comme une «habituee» de l'endroit et bénéficie de l'apport financier, alimentaire et matériel de multiples passants.

Les personnes tissent aussi des liens avec des pairs, qu'ils soient usagers de ressources communautaires, colocataires ou amis, en fournissant réciproquement soutien moral, cigarettes, nourriture, argent et contacts professionnels. Ces liens avec les pairs sont fondés sur le partage d'expérience ou d'intérêts et sont, le plus souvent, enracinés dans l'horizontalité et le principe d'entraide.

Les relations avec les pairs ne sont pas toujours positives : Milos m'a rapporté que les cas d'encouragement à la consommation, de relations conflictuelles ayant un impact sur le bien-être psychologique et d'exploitation financière, matérielle ou sexuelle sont fréquents. Sans exercer de surveillance active ou s'immiscer dans les relations entretenues par les personnes accompagnées, l'intervenant s'intéresse à leurs fréquentations afin d'encourager les

relations qui lui semblent positives et de remettre en question celles qui semblent être sources de mal-être. Ceci n'implique pas nécessairement de suggérer d'y mettre fin : l'intervenant se limite à aider les personnes à définir leurs propres limites et à les inciter à les poser clairement face à leurs pairs. Lorsqu'une personne choisit de mettre fin à une relation qu'elle juge néfaste, l'intervenant peut la soutenir dans la formation de nouvelles relations remplissant les besoins auparavant comblés par cette relation néfaste, par exemple, en lui suggérant des centres de jour ou des activités de groupe où elle pourrait développer un réseau plus positif.

Enfin, en plus de permettre une augmentation de revenu, les liens avec les milieux de travail ouvrent l'accès à de nouvelles relations sociales et à un sentiment d'appartenance, au développement de compétences personnelles, à un sentiment d'accomplissement et à la reconnaissance d'autrui. Certains de ces emplois sont offerts par des ressources institutionnelles ou communautaires, mais la plupart relèvent du travail informel : par exemple, collecte de contenants consignés, bénévolat avec ou sans compensation, travaux domestiques légers, travail du sexe.³ Milos encourage le développement de liens positifs avec les milieux de travail et soutient les personnes dans la réduction des risques auxquels elles peuvent s'exposer en travaillant, par exemple, en fournissant des gants et des pinces à une personne fouillant les poubelles pour y trouver des consignés et en l'incitant à s'impliquer dans une coopérative de recyclage de consignés.

Ancrages

Cette importance accordée aux liens sociaux dans la sortie de l'itinérance rejoint une conception de l'itinérance «caractéris[ée] par l'absence de points d'ancrage», présentée par Ouellet (2007, p. 61) : «[i] est alors question de l'absence de domicile, mais aussi de l'absence de travail, de biens matériels ou de relations significatives.». Mes observations suggèrent que, symétriquement, le processus de sortie de l'itinérance implique un «réancrage» à travers des liens significatifs qui constituent des assises pour obtenir un logement et stabiliser sa situation.

Les liens soutenant seraient aussi des leviers importants pour défaire des points d'ancrage établis durant la période d'itinérance. En effet, en l'absence de liens significatifs les liant à la société «normale», les personnes en situation

«...l'intervenant se limite à aider les personnes à définir leurs propres limites et à les inciter à les poser clairement face à leurs pairs.»



cmca mmxviii

d'itinérance semblent développer des liens alternatifs afin de répondre à leurs besoins d'attachement et de reconnaissance. En s'intégrant à un réseau par la consommation (Hari, 2015) ou par la criminalité pour répondre à des besoins matériels, identitaires ou d'attachement, les personnes créent en quelque sorte des points d'ancrage qui les lient au milieu de l'itinérance. En ce sens, plusieurs études soulignent que des liens sociaux associés au milieu de la rue et particulièrement à celui de la consommation, freinent le processus de stabilisation en logement (Stoetzel, 2007; Mercier et Picard, 2011).

Globalement, mes résultats me poussent à croire que le «désancrage» du milieu de la rue et l'ancrage dans la société «normale» ne peuvent se concevoir indépendamment, et que l'établissement de liens soutenant – les points d'ancrage évoqués par Ouellet (2007) – est nécessaire, non seulement pour avoir accès à des ressources supplémentaires, mais aussi pour combler des besoins d'attachement et de

reconnaissance autrement compensés par un réseau social, un mode de vie et une identité qui posent obstacle à l'établissement et à la stabilisation en logement ainsi qu'au développement personnel.

Toutefois, selon mes observations, tous les liens associés au milieu de l'itinérance ne sont pas négatifs. Bien au contraire, il semble que les liens tissés avec les intervenantes et les pairs au sein des organismes communautaires jouent un rôle crucial dans le processus de sortie de l'itinérance et de stabilisation en logement en comblant de manière positive des besoins d'attachement et de reconnaissance. Plusieurs personnes continuent ainsi de s'y rendre après s'être installées en logement, ne souhaitant pas marquer de rupture avec une période révolue de leur vie en s'éloignant du milieu communautaire qu'elles fréquentaient lorsqu'elles étaient en situation d'itinérance. Pour l'intervenant, soutenir la personne dans l'établissement d'un réseau qui puisse la soutenir dans le processus de sortie de l'itinérance n'implique ainsi pas de la déraciner de son milieu, mais plutôt de la soutenir

dans la remise en question de ses relations négatives et dans l'établissement de relations positives et soutenantes, qu'elles soient liées au milieu de l'itinérance ou non.

Inégalités et réseaux

Dans une perspective macrosociale, il est toutefois important de se rappeler que toutes les personnes n'ont pas accès au même réseau de soutien et que le manque d'accès aux liens sociaux soutenants est à la fois symptôme et facteur d'inégalités sociales.

Il est tout d'abord facteur d'inégalités, puisque les liens sociaux soutenants sont des ressources mobilisables pour réaliser ses projets et pallier des difficultés. Les liens tissés avec la famille, les amis, les voisins, les contacts professionnels, les intervenantes d'organismes communautaires et le chez-soi sont nécessaires pour remplir des besoins qui sont parfois si évidents que l'on en vient à les oublier : par exemple, se loger, se sentir en sécurité, avoir un revenu décent, avoir accès à une alimentation décente et apprendre à cuisiner, remplir ses besoins affectifs et identitaires, partager ses difficultés, obtenir des conseils et prendre du recul par rapport à sa situation. Pour les personnes ayant un handicap physique ou intellectuel, la présence d'un réseau soutenant peut permettre de compenser diverses difficultés personnelles. L'incapacité à faire reconnaître ses droits face à un propriétaire de logement abusif, peut se révéler déterminante dans le parcours d'une personne et conduire à l'itinérance si elle n'est pas compensée par le soutien de proches. Les personnes peinant à développer et maintenir un réseau social soutenant ont ainsi des difficultés particulières à remplir leurs besoins de base et à maintenir des conditions de vie décentes.

L'absence de réseau soutenant est aussi symptôme d'inégalités sociales : les liens auxquels nous avons accès varient selon les parcours de vie et les discriminations vécues. Certaines personnes grandissent dans des familles moins présentes et moins soutenantes et d'autres peinent à établir et maintenir un réseau soutenant parce qu'elles sont rejetées sur la base de leurs capacités physiques ou intellectuelles, de leurs habitudes de consommation, ou de leur genre, entre autres. Les personnes catégorisées comme ayant une déficience intellectuelle sont particulièrement défavorisées dans une société méritocratique, puisque peu d'espaces d'épanouissement et de socialisation sont créés pour des personnes dont les compétences et l'utilité sociale sont peu reconnues.

Ironiquement, les personnes cumulant les difficultés et nécessitant le plus de soutien sont aussi celles qui semblent avoir le plus de difficulté à établir et maintenir des liens soutenants. Ces personnes sont aussi, de plus en plus, abandonnées par les ressources

institutionnelles et communautaires, qui doivent désormais composer avec des objectifs de performance et d'optimisation des services et pour qui il est peu rentable de soutenir une personne qui requiert plus de ressources psychosociales que les autres. Peu de ressources sont ouvertes, par exemple, à une des femmes suivies par Milos, considérant que celle-ci n'a pas de diagnostic en santé mentale et que son cas est considéré trop complexe par la plupart des ressources en itinérance et en dépendances. Malheureusement, un tel manque de soutien conduit généralement les personnes à tomber dans des cercles vicieux qui les mènent à développer de nouvelles difficultés ou à aggraver leurs problèmes existants, accentuant encore une fois leurs difficultés relationnelles.

L'échelle collective

Dans ce contexte, un accompagnement personnalisé comme celui de Milos permet de proposer des pistes d'amélioration du bien-être adaptées aux besoins, aux vulnérabilités et aux compétences de la personne accompagnée. En favorisant de manière proactive le développement de liens soutenants autour de la personne, Milos permet de compenser son faible réseau et une part des discriminations qu'elle vit. Toutefois, bien qu'elle permette de faire le mieux possible considérant le peu de leviers accessibles aux personnes accompagnées, cette pratique ne peut s'attaquer aux sources de la marginalisation et des inégalités qu'elles vivent. Il est impératif de compléter de telles pratiques par des changements à l'échelle collective visant à intégrer les personnes «hors-normes» en acceptant leurs différences et en développant des espaces sociaux reconnaissant et valorisant leurs capacités et leurs particularités.

Notes

1. J'ai rencontré Milos (nom fictif) lors de mon projet de maîtrise, au cours duquel je me suis intéressé aux enjeux éthiques de sa pratique. J'ai effectué environ 120 heures d'observation ethnographique de cette pratique sur une période de 7 mois. Au cours de ce terrain, j'ai assisté à environ 70 rencontres psychosociales et ai conduit 6 entretiens ouverts avec des personnes accompagnées par Milos ainsi que 8 entretiens semi-dirigés avec l'intervenant lui-même. Je désigne les personnes accompagnées par Milos comme «catégorisées comme ayant une déficience intellectuelle» puisque chacune d'elles a initialement été référée à l'intervenant suite à une interprétation de ses difficultés quotidiennes et limitations comme symptomatiques d'une déficience intellectuelle, diagnostiquée ou non.

2. Le concept de «stabilité [en logement]», souvent employé par les intervenants rencontrés au cours de ce projet, implique que la personne n'est présentement pas à risque de perdre son hébergement. En plus de supposer que cet hébergement est fiable et que la personne peut y séjourner à long terme, la «stabilité» implique aussi que la personne maintient un certain contrôle sur les problèmes qui pour-

raient précipiter son éviction et un retour en situation d'itinérance, comme les problèmes financiers, relationnels, ou de santé mentale.

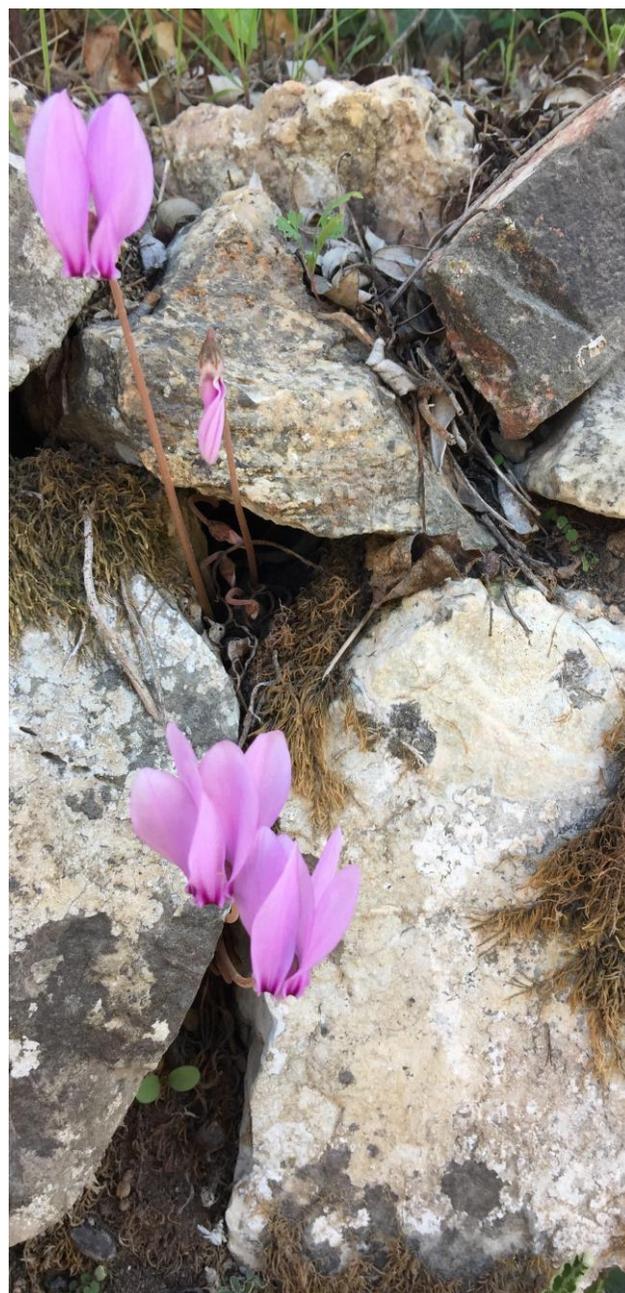
3. Comme le travail du sexe implique des risques en termes de santé et d'exploitation, Milos ne favorise pas ce type de travail et se limite à une approche de réduction des méfaits. Toutefois, malgré ces risques, force est de reconnaître que le travail du sexe peut être une avenue attrayante pour des femmes qui sont très limitées en termes d'accès à des revenus «légaux» – dont l'une d'elles qui ne reçoit de sa curatrice que 20\$ d'argent de poche par semaine et qui peut donc découpler son pouvoir d'achat grâce au travail du sexe.

Références

- Canadian Observatory on Homelessness (COH) (2012). *Définition canadienne de l'itinérance*. Homeless Hub: www.homelesshub.ca/homelessdefinition/
- Curateur public du Québec (2008). *L'itinérance et l'inaptitude*. Montréal : Direction des communications du Curateur public du Québec
- Ellem, Kathy, Morrie O'Connor, Jill Wilson and Sue Williams (2013). "Social Work with Marginalised People Who have a Mile or Borderline Intellectual Disability: Practicing Gentleness and Encouraging Hope", *Australian Social Work*, 66(1), p. 56-71.
- Fisher, Kathleen (2004). «Health Disparities and Mental Retardation», *Journal of Nursing Scholarship*, 36(1), p. 48-53.
- Hari, Johann (2015). *Chasing The Scream: The First and Last Days of the War on Drugs*. UK : Bloomsbury.
- Mercier, Céline et Sylvain Picard (2011). «Intellectual disability and homelessness», *Journal of Intellectual Disability Research*, 55(4), p. 441-449.
- O'Connor, Morrie et Sarah MacDonald (2008). «Homelessness and People with Intellectual Disability», in *Left out in the cold: A conference focusing on people experiencing chronic homelessness due to impaired decision making* (Griffith University, 27 mars 2008).
- Ouellet, Guillaume (2007). *Identité et itinérance : Les stratégies identitaires dans le processus de désinsertion sociale* (Mémoire de maîtrise). Montréal : Université du Québec à Montréal.
- Ouellet, Guillaume (2017). *L'individu dans les rouages de l'objectivation : Déficience intellectuelle, justice pénale et travail en réseau* (Thèse de doctorat). Montréal : Université de Montréal.
- Ouellet, Guillaume, Daphné Morin, Céline Mercier et Anne Crocker (2012). «Nouvelle normativité sociale et déficience intellectuelle : l'impasse pénale», *Lien social et politique*, 67(1), p. 139-158.
- Picard, Sylvain, Dominique Fortin et Céline Mercier (2011a). *Itinérance et déficience intellectuelle : Pistes d'intervention*. Montréal : Info Recherche – Équipe de Recherche DITED et intersectorialité Montréal.
- Picard, Sylvain, Caroline Loyer et Céline Mercier (2011b). «Itinérance et limitations intellectuelles : problématiques associées et intervention». *Revue francophone de la déficience intellectuelle*, 22(1), p. 14-19.
- Salvador-Carulla, Luis, Carmen Rodríguez-Blázquez et Almudena Martorell (2008). «Intellectual disability : an approach from the health sciences perspective», *Salud Publica de México*, 50(2), p. 5142-5150.

Stoetzel, Nadia (2007). *L'identification et l'impact de différents types de réseaux sociaux dans les trajectoires de vie de personnes assistées sociales* (Mémoire de maîtrise). Montréal : Université de Montréal.

Ward, Rolanda, Amanda Nichols, et Ruth Freedman (2010). «Uncovering Health Care Inequalities among Adults with Intellectual and Developmental Disabilities», *Health & Social Work*, 35(4), p. 280-290.



cmca mxxviii

Travail et organisation communautaire à Barcelone et à Montréal

Survivants ou protagonistes

Marta Ballester Frago

Professeure associée
Département de travail social,
Université de Barcelone

En Catalogne, et à Barcelone en particulier, le travail communautaire, comme mode d'intervention sociale, s'est fortement développé dans l'orientation des politiques de bien-être ces dernières années. Dans ce contexte, différentes démarches ont été initiées pour promouvoir l'intervention communautaire dans les services sociaux de base, en raison de leur implantation stratégique. Les services sociaux de base sont conçus comme des services de première ligne et comme porte d'accès aux services sociaux pour l'ensemble de la population de leur territoire. Lors du débat sur la réorientation des modèles d'intervention des services sociaux, la prise en compte d'expériences venant d'autres contextes a été valorisée. Par exemple, comparer certaines pratiques d'action sociale ou étudier les mesures adoptées dans d'autres territoires face à différentes situations sociales peut nous donner des pistes pour le développement de nouvelles formes d'intervention au sein des services sociaux. C'est pour cette raison que j'ai fait une étude comparative des interventions communautaires menées dans deux centres, un Centre de services sociaux (CSS) à Barcelone et un Centre de santé et de services sociaux (CSSS) au centre-ville de Montréal.¹ Cet article présente les résultats liés à l'analyse de la mission institutionnelle en lien avec le travail ou l'organisation communautaire et l'étude des caractéristiques de ce type d'intervention dans les deux cas étudiés.²

Un CSS à Barcelone

Bien que les discussions sur l'orientation communautaire dans les services sociaux ne soient pas nouvelles (Bueno Abad, 1991, Acebo Urrechu, 1992, Pelegrí, 1999, Llobet, 2004, Subirats, 2007, Casado et Fantova, 2007), le fait que l'Espagne et la Catalogne aient été bouleversées ces dernières années par la crise finan-

cière (Aguilar, 2014) justifie plus que jamais une révision de la signification des politiques sociales. La crise financière a par ailleurs déclenché une prise de conscience quant à la nécessaire amélioration des stratégies élaborées au sein des services sociaux de base. Par exemple, l'apparition de nouvelles formes d'inégalités sociales rend nécessaires les stratégies d'intervention axées sur le développement social inclusif. Il s'agit d'approches donnant la priorité à l'autonomisation des citoyens, au réseautage, à la solidarité, à l'autonomie, à la prévention ou à la participation des personnes et des groupes aux instances décisionnelles qui les concernent (Subirats, 2005, Fresno et al., 2007).

Au CSS étudié à Barcelone, les services sociaux sont organisés sur le plan territorial et interviennent dans une zone géographique déterminée. Il existe une séparation fonctionnelle entre les services de base qui s'adressent à l'ensemble de la population et les services spécialisés axés sur les personnes et les groupes ayant des besoins spécifiques.

En Catalogne, les services de santé sont distincts des services sociaux et ont une structure fonctionnelle avec des compétences différenciées. Le gouvernement catalan a une compétence exclusive en matière de services sociaux spécialisés, mais il incombe aux municipalités de créer et de gérer les services sociaux de base. Il y a une multiplicité de compétences au sein des différentes administrations, ce qui génère une fragmentation fonctionnelle des services sociaux et une dispersion des responsabilités (Aguilar, 2013; 2014).

La mise en œuvre du travail communautaire au sein des services sociaux de base se développe dans un cadre organisationnel et fonctionnel

RETOURS

RETOURS

«...en concentrant leur attention sur le mal-être des populations les plus vulnérables, les services sociaux s'éloignent des espaces où sont conçus les projets d'orientation préventive et de promotion de la santé et du bien-être.»

peu facilitant. Les équipes de professionnels doivent en effet prioriser les interventions individuelles dans un contexte de hausse de la demande de services d'assistance. Certains de ces professionnels expriment une certaine réticence, voire un sentiment d'incompétence, à développer des interventions communautaires. Les professionnels ont même parfois de la difficulté à bien connaître leur mandat concernant le travail communautaire au sein des services sociaux de base. Il s'agit d'un mandat indéfini et diffus. Il y aurait confusion conceptuelle entre ce qui relève de l'intervention communautaire et ce qui a trait à d'autres types d'intervention comme le travail de groupe ou le travail en réseau.

Les domaines d'action des interventions communautaires sont déterminés par les besoins spécifiques des populations qui fréquentent le CSS. Cela tend à circonscrire les champs et les groupes ciblés par leur intervention. Les actions menées dans le cadre du travail communautaire promu par le CSS ont ainsi un impact plus micro sur les problèmes et les défis du territoire. De fait, il n'existe aucun cadre pour clarifier les situations ou les besoins sur lesquels intervenir (le contenu des pratiques) ni pour définir l'approche méthodologique de ces actions.

Le CSS étudié est peu présent dans les plateformes de participation du territoire, ce qui réduit sa capacité d'influencer les actions concertées qui y sont promues. Il occupe ainsi une place peu centrale sur le territoire. En ce sens, nous rejoignons le constat de Llobet, Cortès et Alemany (2007) : en concentrant leur attention sur le mal-être des populations les plus vulnérables, les services sociaux s'éloignent des espaces où sont conçus les projets d'orientation préventive et de promotion de la santé et du bien-être.

Par ailleurs, on constate la tendance du CSS à se rapprocher d'espaces communautaires alternatifs en marge des espaces institutionnels, ainsi qu'à générer des complicités et des alliances avec les projets communautaires issus des mouvements sociaux. Il semblerait que la dynamique de ces espaces soit plus à même d'intégrer des personnes et des groupes confrontés à une plus grande vulnérabilité sociale, notamment en raison du type de projets qui s'y développent (projets axés sur un problème spécifique à l'initiative de citoyens), des rythmes et des dynamiques de travail, ou des espaces de rencontre (espaces alternatifs, comme les *ateneus* ou les *casals* ouverts sur le quartier et qui facilitent l'implication de la base).

Lorsque le CSS est le promoteur d'actions communautaires, les stratégies d'approche collective prédominent. Cela signifie que lors de leurs interventions, les professionnels du CSS cherchent à organiser la demande émanant de certains groupes (souvent exprimée de manière individuelle lors des entretiens, mais partagée par différents groupes et personnes) autour d'une solution collective en réponse à un besoin ou à une situation problématique. En ce sens, le CSS réussit à répondre au défi des services sociaux par rapport au travail communautaire, à savoir, selon Cortes (2004), mobiliser et organiser des groupes en situation de vulnérabilité sociale.

Lorsque le CSS participe aux «plates-formes» (*plataformas*) de concertation territoriale où se retrouvent des professionnels et militants, les intervenants du CSS travaillent principalement avec ces derniers. Par contre, lorsque le CSS est le moteur d'actions qui ont pour origine les exigences des utilisateurs des services, les intervenants travaillent directement avec les populations touchées, autour d'une préoccupation ou d'un besoin partagé par ces personnes.

Les professionnels du CSS ont un profil généraliste. Il n'y a pas de profil spécialisé exclusivement responsable de l'intervention communautaire, tâche qui est répartie entre les différents professionnels de l'équipe. Le développement de ce type d'intervention se fait, selon les moments, sur une base volontaire en fonction des motivations individuelles. Cette spécialisation professionnelle s'est développée principalement au sein du réseau communautaire. On la retrouve notamment dans les Plans de développement communautaire fortement associés à la figure des techniciens communautaires (Llena et al., 2009).

L'intervention communautaire est reconnue ainsi en tant que mandat parmi d'autres pour les professionnels des services sociaux de base (Ginesta, 2014). Cependant, il y a une contradiction avec laquelle de nombreuses équipes techniques doivent composer. Pour ces professionnels, il n'est en effet pas toujours évident de consacrer du temps à des actions préventives et communautaires, en raison de la prééminence de l'approche individuelle. Tout semble indiquer que dans le cadre d'une mission englobant trois niveaux d'intervention (individuelle, de groupe et communautaire), et qui nécessite d'avoir un rôle généraliste, les processus communautaires ont été peu développés au sein du CSS.

Un cas montréalais

Depuis les années 1960, le Québec a intégré l'orientation communautaire dans le système public de santé et de services sociaux (Comeau et al., 2008). C'est par la suite devenu un modèle de référence international (Gaumer, 2008). Cependant, l'organisation communautaire au sein de l'administration publique se trouve à un moment de changement et d'incertitude. Cette situation est notamment liée au contexte marqué par les contraintes budgétaires et les politiques d'austérité mises en œuvre par le gouvernement et à la réorganisation récente du système de santé et de services sociaux (Leclercq et al., 2017).

Au Québec, il existe un profil professionnel spécialisé en organisation communautaire en CSSS, les «organiseurs communautaires» (OC). Dans le cas de Montréal, l'organisation communautaire se développe dans un large éventail de thématiques et groupes sociaux : sécurité alimentaire, habitation et aménagement urbain, itinérance, santé mentale, ITSS, personnes âgées, toxicomanie et dépendance, environnement, développement socioéconomique, jeunesse, enfance et famille, population autochtone. L'un des principaux facteurs qui expliquent la consolidation de l'organisation communautaire dans le réseau public de la santé et des services sociaux au Québec a été la légitimation d'une profession différenciée dans ce contexte institutionnel. De fait, plusieurs auteurs identifient le lien institutionnel comme l'une des sources de légitimation de cette profession (Comeau et Favreau, 2007; Foisy et al., 2009). Cette spécialisation professionnelle s'est développée principalement au sein du réseau public.

L'organisation communautaire fait partie de l'offre de services du CSSS au cœur de cette recherche et est conçue comme un axe stratégique transversal du Plan d'action local. Grâce à une équipe de professionnels exclusivement dédiée aux services à la communauté (les OC), la mise en œuvre d'actions communautaires se déroule dans un contexte organisationnel favorisant ce type de pratiques. En outre, le fait d'avoir un document de référence interne pour l'organisation communautaire, développée par le CSSS, permet d'encadrer cette pratique au sein de l'établissement.³

La proximité entre services sociaux et de santé est reflétée dans l'intérêt pour les déterminants sociaux de la santé et le développement communautaire. L'action sur les déterminants de la santé, les stratégies de prévention et de promotion ainsi que la reconnaissance du développe-

ment communautaire dans les politiques sociales et de santé encadrent et justifient la stratégie d'intervention des organisateurs communautaires (OC) dans les CSSS. Cela définit également leur mandat au sein du réseau public.

La présence continue des OC dans les quartiers leur permet aussi d'avoir une bonne connaissance de la réalité sociale du territoire, de connaître les situations et d'identifier les besoins de la population et de transférer cette information à la direction et aux équipes des différents services et programmes du centre. En outre, cette connaissance approfondie est prise en compte dans la mise à jour du diagnostic territorial (*Quartiers à la loupe*) et dans le Plan d'action local du CSSS. Pour les interventions du CSSS, ce sont les stratégies de concertation et d'intégration des actions entre les agents des services publics et les professionnels des organismes communautaires ou associatifs qui prévalent. Selon la classification de Dumas et Séguier (1997), il s'agirait de stratégies de

RETOURS



cmca mmxviii

RETOURS

«Au Québec, alors que l'organisation communautaire s'est consolidée au sein du réseau public, elle s'est éloignée du travail direct avec les populations des territoires.»

modification du dispositif institutionnel.

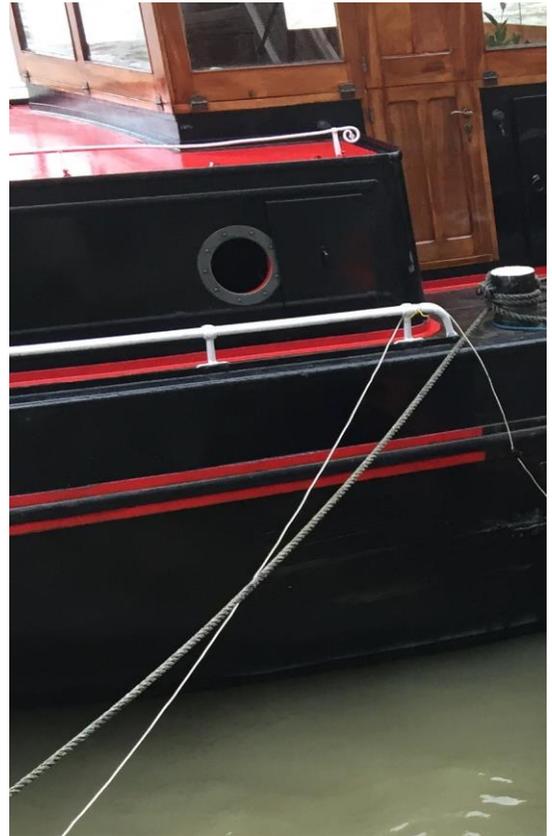
Enfin, notons que dans le cas du Québec, il n'y a pas nécessairement une relation directe entre les usagers du CSSS et la population avec laquelle les OC travaillent. Les OC interviennent principalement auprès des professionnels exerçants au sein de ressources institutionnelles ou communautaires. De ce fait, ils ne travaillent pas en général directement avec les populations en question.

La division de travail entre les OC et les autres groupes professionnels soulève aussi des questions. Les infirmières et les travailleurs sociaux du réseau de la santé et des services sociaux verraient difficilement comment promouvoir des projets d'intervention communautaire. D'une part, parce que la structure organisationnelle du CSSS réserve cette tâche aux OC; d'autre part, parce que l'orientation et l'attention portée aux individus ne permettent que peu de marge de manœuvre pour développer d'autres approches. La difficulté n'est pas tant dans la spécialisation des fonctions (au contraire, il a été démontré qu'il s'agit d'une variable qui a favorisé le développement de l'organisation communautaire), mais dans la nécessité d'améliorer l'adéquation entre l'organisation communautaire (et l'équipe des OC) et la dynamique de travail des autres équipes.

Paradoxes et défis

La différence la plus notable entre le Québec et la Catalogne est que le modèle québécois intègre les services sociaux et les services de santé dans une structure unique, sous l'égide d'un même ministère, ce qui facilite la coordination et le travail en commun entre ces deux secteurs. L'offre des Services à la communauté du CSSS montréalais étudié apparaît aussi comme plus globale, avec des orientations plus transversales et stratégiques, l'offre au CSS à Barcelone étant plus limitée et les pratiques plus fragmentées en secteurs de population et besoins spécifiques.

Dans les deux cas, les services sociaux sont conçus comme des services intégrés au réseau communautaire. C'est à ce titre que les professionnels ont pour fonction d'aider et promouvoir des actions collectives sur leurs territoires d'intervention. Les documents-cadres institutionnels tiennent compte de l'importance de l'action communautaire. Il y a cependant un paradoxe. Au Québec, alors que l'organisation communautaire s'est consolidée au sein du réseau public, elle s'est éloignée du travail direct avec les populations des territoires. C'est



cmca mmmxviii

pourtant ce qui a caractérisé les débuts de cette pratique, que ce soit, par exemple, avec les comités de citoyens ou les cliniques populaires. En Catalogne, au contraire, les pratiques pionnières de travail communautaire ont été caractérisées par un travail direct avec les populations touchées, une situation qui perdure dans les interventions communautaires analysées au CSS, mais de manière circonscrite aux usagers des services.

À Barcelone, la mission du travail communautaire n'est pas aussi clairement définie que dans le cas de l'organisation communautaire montréalaise, mais l'absence d'un cadre de référence permet, paradoxalement, une certaine souplesse au niveau de l'intervention communautaire. À Montréal, le CSSS a le mandat explicite de travailler pour le développement communautaire des territoires et l'organisation communautaire est intégrée dans l'offre de services du centre. Certes, contrairement à Barcelone, cela donne un cadre et une légitimation à cette pratique. Cependant, l'intervention des OC doit être définie en fonction des lignes directrices de la santé publique, spécifiées dans

le Plan d'action local du centre. Par rapport au rôle de leurs prédécesseurs des années 1970-80, les OC connaissent ainsi une perte progressive d'autonomie. La consolidation de l'organisation communautaire au sein du réseau public québécois a entraîné des contraintes sur les pratiques et les rôles des professionnels.

Finalement, on remarque que dans les deux cas, l'intégration et la complémentarité des approches en intervention sociale – individuelles, de groupe et communautaires – est un réel défi, notamment en raison de l'orientation individualisante des interventions qui est actuellement dominante. Le défi commun des intervenants rencontrés est aussi la nécessité de trouver des formules organisationnelles qui contribuent à la complémentarité des regards et des approches professionnelles permettant des actions plus intégrées.

Cette recherche et la perspective comparative sur laquelle elle s'appuie visent à contribuer à enrichir les discussions concernant les lignes directrices pour les interventions des services publics en travail ou organisation communautaire dans les deux territoires. Les professionnels, comme l'affirme Navarro (2004), peuvent être de «simples survivants» ou, au contraire, des protagonistes dans l'amélioration des pratiques professionnelles et des services sociaux.

Notes

¹ Les résultats présentés dans cet article sont issus de la thèse de doctorat de l'auteure développée entre les années 2013 et 2015. La recherche est basée sur une comparaison internationale au niveau infranational (Lê Thành Khôi, 1981). Parmi les possibilités de méthodes proposées par la recherche comparative, nous avons choisi d'utiliser l'étude de cas qualitative comme stratégie de comparaison particulière (Morlino, 2010). Grâce à la comparaison des études de cas, nous pouvons circonscrire l'analyse et mener des recherches plus en profondeur. Le choix des deux cas était basé sur un échantillonnage de cas déviant (Flyvbjerg, 2004, Morlino, 2010). Lors de l'enquête de terrain, différentes méthodes ont été utilisées pour la collecte de données : entretiens semi-structurés avec des professionnels, observation directe des interventions communautaires et analyse de documents. Avec toutes ces informations, nous avons procédé à une analyse de contenu.

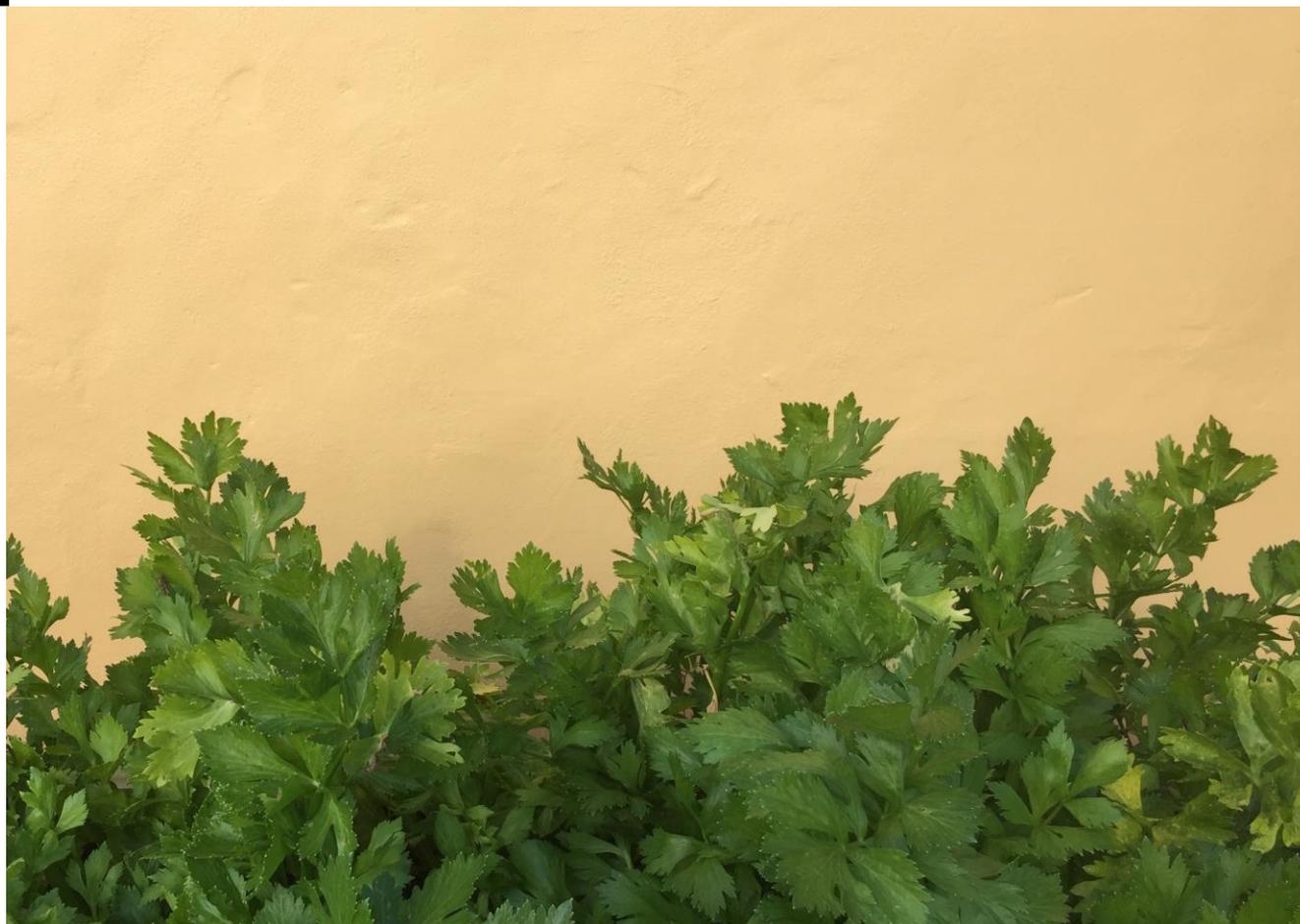
² Dans cet article, en ce qui concerne Barcelone, nous utilisons les termes de «travail communautaire» (*trabajo comunitario*) ou d'«intervention communautaire» (*intervención comunitaria*), concepts les plus utilisés en Catalogne, pour nous référer à la pratique visant à aider des personnes ayant des intérêts communs à s'unir, à identifier les besoins qu'ils ont et à pouvoir mener à bien des actions communes qui répondent à ces situations (Mayo, 2001).

³ *Cadre de référence et de pratique en organisation communautaire* (CROC) du CSSS Jeanne-Mance.

Références

- Acebo Urrechú, A. (1992), *Trabajo social en los servicios sociales comunitarios : análisis del momento actual y búsqueda de posibilidades de mejora desde la óptica de un Servicio Social de Base*, Madrid, Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales: Siglo XXI
- Aguilar, M. (2013), «Retos de los servicios sociales. Presupuesto y Gasto Público», (71), p. 271-290.
- Aguilar, M. (2014), «Hacia un replanteamiento de los servicios sociales en España», *Documentación Social*, (175), p. 33-61.
- Balsells, M^a A. (2006), «Quebec y Cataluña: redes y profesionales para la acción socioeducativa con familias, infancia y adolescencia en situación de riesgo social», *Revista española de educación comparada*, (12), p. 365-387.
- Bueno Abad, J. R. (1991), *Hacia un modelo de Servicios Sociales de acción comunitaria*, Madrid, Educación Popular.
- Casado, D., et Fantova, F. (coord.), (2007), *Perfeccionamiento de los Servicios Sociales en España. Informe con ocasión de la Ley sobre autonomía y dependencia*, Madrid, Editorial Cáritas Española.
- Comeau, Y., et Favreau, L. (2007) «L'organisation communautaire au Québec. Itinéraire d'une pratique sociale devenue profession», in D. Bourque, Y. Comeau, L. Favreau, L. Fréchette (dir.), *L'organisation communautaire. Fondements, approches et champs de pratique*, Collection Pratiques et politiques sociales et économiques, Québec, Presses de l'Université du Québec, p. 22 - 39.
- Comeau, Y., Duperré, M., Hurtubise, Y., Mercier, C., et Turcotte, D. (2008), *L'organisation communautaire en mutation. Étude sur la structuration d'une profession du social*, Laval, Les Presses de l'Université Laval.
- Cortès, F. (2004), «El desarrollo de los planes comunitarios en Cataluña», *Portularia. Revista de Trabajo Social*, (4), p. 349-356.
- Dumas, B. i Séguier, M. (1997), *Construire des actions collectives. Développer les solidarités*, Lyon, Chronique Sociale.
- Flyvbjerg, B. (2004), «Cinco malentendidos acerca de la investigación mediante los estudios de caso», *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 106(4), p. 33-62.
- Foisy, D., Bourque, D., et Lachapelle, R. (2009), «La coordination professionnelle des équipes en organisation communautaire en CSSS : description, perspectives et enjeux», *Chaire de recherche du Canada en organisation communautaire*, (0901), p. 1-56.
- Fresno, J. M. (coord.), (2007), *Poniendo en práctica la Estrategia Europea para la Inclusión Social. Del plano europeo al plano local*, Espanya, Fundación Luis Vives.
- Gaumer, B. (2008), *Le système de santé et des services sociaux du Québec. Une histoire récente et tourmentée : 1921-2006*, Québec, Presses de l'Université Laval.
- Ginesta, M. (2014), «La intervenció comunitària des dels serveis socials locals: de la pèrdua al desig; del desig a la pèrdua», *RTS. Revista de Treball So-*

- cial, (203), p. 50-62.
- Lê Thành Khôi (1981), *L'Éducation comparée*, Paris, Armand Colin.
- Leclercq, J.B., Ballester, M et Llobet, M. (2017). «Impacts des transformations de l'État social sur les pratiques d'organisation communautaire (Québec) et de travail communautaire (Catalogne)», in Baldelli B. et Belhadj-Ziane K, *Transformations sociales et transformations de l'intervention sociale*, Paris, L'Harmattan, 37-59.
- Llena, A., Parcerisa, A., et Úcar, X, (2009), *10 ideas clave. La acción comunitaria*, Barcelona, Graó.
- Llobet, M. (2004), «El Trabajo Social Comunitario como una oportunidad y estrategia para poder repensar, transformar y co-construir la organización de la atención primaria en los Servicios Sociales», *Revista Servicios Sociales y Política Social*, (66), p. 63-76.
- Llobet, M., Cortès, F., et Alemany, R. M^a (2007), *Guia d'orientacions teòriques i metodològiques per impulsar accions i projectes comunitaris*, No publicado.
- Mayo, M. (2001), «Community work», in L. Dominelli, R. Adams, i M. Payne (eds.), *Social work : themes, issues and critical debates*, Londres, Palgrave Macmillan, p. 160-172.
- Morlino, L. (2010), *Introducción a la investigación comparada*, Madrid, Alianza Editorial.
- Navarro, S. (2004), *Redes sociales y construcción comunitaria. Creando (con)textos para una acción social ecológica*, Madrid, Editorial CCS.
- Pelegrí, X. (1999), «El treball comunitari en el sistema català de serveis socials», *2^a Jornada dels serveis socials d'atenció primària : Subjectes i xarxes socials. Estratègies d'acció comunitària*, p. 25-44.
- Riera, C. (2009), *Serveis Socials, acció comunitària i participació ciutadana: un nou marc per a la inclusió. Nous escenaris, reptes, estratègia i metodologia*, Col·lecció Papers d'Acció Social, 10, Barcelona, Departament d'Acció Social i Ciutadania.
- Subirats, J. (dir.), (2005), *Perfils d'exclusió socials urbana a Catalunya*, Bellaterra, Universitat Autònoma de Barcelona.
- Subirats, J. (dir.), (2007), *Los servicios sociales de atención primaria ante el cambio social*, Barcelona, UAB - IGOP.
- Tomàs, M. (2012), «Autonomies polítiques territorials i governabilitat metropolitana : una comparació Catalunya-Quebec», *Revista d'Estudis Autònoms i Federals*, (16), p. 177-199.



Normes genrées et rapports intimes

La vulnérabilité sexuelle des jeunes

Emmanuelle Arpin

Université de Toronto,
PhD (en cours)

Depuis les années 1990, plusieurs études présentent un portrait inquiétant de la santé sexuelle des jeunes de 18 à 25 ans, tant au niveau national que provincial. Par exemple, les femmes de ce groupe d'âge ont le taux d'infection de chlamydia le plus élevé au pays, d'environ sept fois plus que le taux national.¹ Certaines statistiques indiquent par ailleurs que les jeunes autochtones, les jeunes immigrants et les jeunes LGBTQ au Canada sont fortement touchés par les infections transmises sexuellement et par voie sanguine (ITSS). Le taux d'infection de chlamydia chez les jeunes autochtones – jeunes hommes et jeunes femmes confondus – est aussi d'environ sept fois plus élevé que le taux national.

Certaines études constatent une baisse des connaissances en matière de santé sexuelle chez les jeunes, tant pour ce qui a trait aux parties du corps qu'aux moyens de transmission des ITSS (Dubé, 2014). De plus, les jeunes femmes révèlent, en grande majorité, un haut taux d'insatisfaction par rapport à leur vie sexuelle ainsi qu'un faible pouvoir de négociation avec leur partenaire dans les rapports d'intimité (East et al., 2011; Masters et al., 2013).

Rassemblant ces indicateurs, l'objectif de ma recherche était de mettre en lumière les déterminants sociaux de la vulnérabilité sexuelle chez les jeunes, afin de comprendre leurs effets sur leur santé sexuelle. Dans cette recherche, j'ai opté pour une analyse des perspectives croisées des intervenants en milieu clinique et des jeunes patients qui consultent les cliniques jeunesse.²

Vulnérabilité sexuelle

Bearing et al. (2007) et Ingham (2006) définissent la «vulnérabilité sexuelle» comme la probabilité élevée de contracter des infections transmises sexuellement et par le sang (ITSS), d'avoir une grossesse imprévue et/ou d'être victime de violence sexuelle. Les auteurs em-

ploient le terme «vulnérabilité» dans un sens qui se rapproche de celui de «risque», c'est-à-dire risque de vivre des difficultés de nature sexuelle.

D'un point de vue sociologique, la vulnérabilité sexuelle est conceptualisée en lien avec les déterminants sociaux de la santé (Frohlich et al., 2006; Link et al., 1995). Au-delà de l'impact des conditions de vie sur la santé ou de l'origine sociale sur l'accès aux services, l'étude des déterminants sociaux de la vulnérabilité sexuelle chez les jeunes requiert l'analyse de déterminants plus spécifiques, comme par exemple, la socialisation genrée (Ricardo et al., 2006; Tolman et al., 2003), les pressions sociales poussant les jeunes à s'engager dans des relations intimes à un âge précoce (Maia, 2009; Viner et al., 2012), la stigmatisation dont peuvent faire l'objet certains jeunes dans les services socio-sanitaires (Sholveller et al., 2006; Wong et al. 2012), ainsi que la spécificité de l'éducation sexuelle offerte aux jeunes dans les milieux scolaires (Gelly, 2013, Gupta, 2000).

Une clinique jeunesse

Une clinique jeunesse s'est avérée un terrain idéal pour une prise de contact avec les jeunes qui vivent la vulnérabilité sexuelle et les personnes qui interviennent auprès d'eux.³ La clinique jeunesse choisie, dans un centre intégré universitaire de santé et de services sociaux à Montréal, offre des services de santé sexuelle aux jeunes de 15 à 25 ans.⁴ Composée d'une équipe d'intervention interdisciplinaire, travaillant sur ou sans rendez-vous et offrant des services médicaux et psycho-sociaux en lien avec la santé sexuelle et reproductive, cette clinique jeunesse a un mandat spécifique de prévention – soit le dépistage de facteurs de risque pour la santé des jeunes (Cardé & Bailargeau., 2013). L'approche d'intervention de la clinique est organisée en fonction des aspects du vécu quotidien des jeunes, qui ont une incidence sur leur santé et leurs comportements en matière de santé sexuelle. Les huit interve-

nantes de la clinique ont accepté de participer à cette étude⁵.

Sept jeunes femmes et un jeune homme ont été recrutés pour la recherche, tous ayant entre 18 et 25 ans et ayant déjà eu recours aux services de la clinique. Cet échantillonnage reflète bien la composition majoritaire des jeunes femmes parmi la clientèle de la clinique. Dans le texte qui suit, les perspectives des intervenantes et des jeunes qui ressortent des entretiens semi-dirigés menés auprès d'eux et de mes observations dans divers lieux de la clinique, sont présentées à tour de rôle, avant d'être comparées.

Les intervenantes

Les intervenantes forment une équipe interdisciplinaire, composée de médecins de famille, d'infirmières, de travailleuses sociales, de sexologues et d'une réceptionniste. Leurs spécialisations respectives par rapport à la santé sexuelle et au bien-être des jeunes se traduisent par un type d'intervention fondé sur la complémentarité. La majorité des intervenantes interviewées pratiquent dans ce domaine depuis plus d'une dizaine d'années, chacune d'entre elles ayant donc eu l'occasion de travailler sur une diversité de cas avec les jeunes.

Selon les intervenantes rencontrées, le faible niveau de connaissances en matière de santé sexuelle serait un facteur important pour expli-

quer la vulnérabilité sexuelle chez les jeunes. Il leur manquerait des «informations», une «éducation sexuelle», des «outils» en ce qui concerne les infections transmises sexuellement et par le sang (ITSS) et les diverses formes de contraception. Les jeunes seraient mal renseignés aujourd'hui sur «les outils de base» leur permettant de «prendre leur santé sexuelle en main». Ils possèderaient de moins en moins les informations essentielles leur assurant un début sain à leur vie sexuelle, tant sur le plan somatique qu'au niveau psycho-social.

Ce manque de connaissances chez les jeunes serait surtout attribuable, selon les intervenantes, à un système éducatif déficitaire sur les questions de santé sexuelle, notamment depuis 2005 avec les coupures de cours de *Formation personnelle et sociale* (FPS) dans les écoles secondaires. Même si, selon elles, ces cours avaient certaines faiblesses, ils permettaient néanmoins d'exposer les jeunes à un certain bagage d'informations importantes en matière de santé sexuelle. Dans ces cours, on abordait dès le début du secondaire des éléments essentiels de la santé sexuelle, soit les divers types d'ITSS, leurs modes de transmission et les moyens de prévention.

Les jeunes

Les jeunes rencontrés proviennent du milieu urbain et sont tous inscrits aux études collégiales ou universitaires. Tous avaient déjà eu recours aux services de la clinique, certains pour des problèmes d'ordre général, d'autres pour des situations requérant une intervention d'urgence.

De l'avis de ces jeunes, tant les jeunes femmes que le répondant masculin, les rôles et responsabilités genrés représentent une source importante de vulnérabilité sexuelle. Certaines jeunes femmes considèrent que les normes genrées limitent la capacité des femmes d'exprimer leurs préférences dans les rapports intimes et expliquent leur soumission à des actes sexuels que normalement elles préféreraient refuser. Une capacité limitée de négociation – implicite ou explicite – contribuerait à leur vulnérabilité sexuelle. Selon une des jeunes femmes interviewées, «la fille va avoir plus de difficultés à dire non. Elle va se sentir obligée de faire ce que l'homme veut faire. Puis elle va se taire, puis elle hésite à dire ce qu'elle aimerait avoir ou faire parce que ce n'est pas toujours facile pour elle de mettre en avant ce qu'elle voudrait explorer»(C, 19 ans).



cmca mmxvi

Cette difficulté de négociation que ressentiraient les jeunes femmes dans les rapports d'intimité est au centre d'un des témoignages. La jeune femme souligne avoir contracté une ITSS après avoir eu une relation sans préservatif à la demande de son partenaire : « Dans cette situation, on [la femme] se dit : « Oh pauvre lui ! » on veut qu'il aime ça, donc on ressent une certaine pression et on accepte [ce qu'il veut] ». Cette obligation ne viendrait pas nécessairement directement du partenaire masculin, mais serait plutôt implicite, « à l'intérieur de nous [les femmes], on sent une pression de lui plaire » (M, 22 ans).

Les jeunes voient la manifestation de ces normes genrées également au niveau de la responsabilité de la contraception, qui resterait une responsabilité féminine. Les jeunes femmes déplorent ce manque de partage et cette responsabilisation à sens unique : « Dans mon cas, c'est toujours moi qui doit y penser [à une forme de contraception]. Même si je dis à mon copain que je ne suis pas protégée, il ne va jamais faire de démarches pour aller chercher des préservatifs » (A, 19 ans). Les normes genrées dictent les rôles et les responsabilités des jeunes et susciteraient de l'anxiété chez ces jeunes femmes face à leur sexualité et leur bien-être.

D'autre part, certains jeunes expriment le même avis que les intervenantes quant au manque de connaissances en matière de santé sexuelle. Ils se sentent démunis sur le plan des informations disponibles, surtout lors de leurs premières expériences d'intimité et expriment de la déception concernant l'éducation sexuelle au niveau secondaire. Formulant à la fois le souhait qu'une forme d'éducation sexuelle au niveau scolaire soit réinstaurée et une critique du système tel qu'il existe, les jeunes insistent par ailleurs sur le fait qu'au-delà des informations de base, il faudrait que l'apprentissage se fasse de façon plus inclusive, qu'il ne tienne pas compte uniquement des normes hétéro-normatives, qu'il touche aux questions de consentement et qu'il aborde de front le sujet de la prévention des agressions sexuelles. Aux yeux des jeunes, l'inclusion de ces éléments au programme éducatif présenterait une image plus réaliste de leurs besoins en santé sexuelle et serait en mesure de contrer de façon plus efficace la violence sexuelle envers les femmes.

Une des participantes critique le discours hétéro-normatif dans les milieux scolaires et sa pérennité, surtout le manque de reconnaissance de la diversité sexuelle : « J'avais un cours là-dessus [de santé sexuelle] au primaire et j'ai

réalisé plus tard ce qui me dérangerait : on n'abordait pas les questions en lien avec la bisexualité et l'homosexualité. C'était petit gars, petite fille et si ce n'était pas ça, tu n'as pas rapport » (C, 19 ans). L'expérience d'une autre participante est parlante aussi en termes des lacunes au niveau de l'apprentissage de la communication, du respect de l'autre et des aspects émotifs de la vie sexuelle. Victime de violence, surtout psychologique, de la part de son ancien copain, celle-ci aurait voulu être sensibilisée à un plus jeune âge aux aspects émotifs de la vie intime : « Il faudrait qu'il y ait plus de prévention concernant la violence conjugale, parce que ça arrive à du monde plus jeune que moi. Tu sais, à cet âge-là on croit que c'est de l'amour [le contrôle du partenaire], mais on ne sait pas c'est quoi la différence » (A, 19 ans).

Perspectives croisées

Les perspectives des intervenantes et des jeunes se rejoignent à certains niveaux. Le fait d'avoir reçu les témoignages de ces deux groupes, qui occupent des positions différentes quant à l'expérience de la vulnérabilité sexuelle, permet de nuancer l'analyse des déterminants sociaux. Le fait que la plupart des intervenantes mettent l'accent sur le discours normatif qui prévaut dans les écoles et que les normes comportementales genrées prédominent dans les témoignages des jeunes, permettent d'étoffer notre compréhension de la vulnérabilité sexuelle chez les jeunes.

L'approche privilégiée par la sociologie clinique fait de chaque interlocuteur à la fois un sujet et un acteur social situé (en termes de statut social), un « porteur d'un type d'expertise et de savoir différent et spécifique » (Rhéaume, 2009 :196). Les intervenantes et les jeunes représentent ce que Rhéaume nomme les « savoirs pratiques » et les « savoirs communs », respectivement. L'intégration de ces deux formes de savoirs permet d'enrichir l'analyse par le biais d'une « épistémologie pluraliste » offrant une image plus complète de la question analysée (Rhéaume, 2009 :204).

En ce qui concerne le manque d'informations et d'éducation sexuelle, on constate une complémentarité entre les perspectives. Là où les intervenantes critiquent le système éducatif pour son manque d'ouverture à l'égard de l'éducation sexuelle, les jeunes insistent sur le besoin de reconnaître la diversité. On s'entend généralement sur la nécessité d'une éducation sexuelle adaptée aux réalités des jeunes et

«...au-delà des informations de base, il faudrait que l'apprentissage se fasse de façon plus inclusive, qu'il ne tienne pas compte uniquement des normes hétéro-normatives.»

d'une mise à la disposition des jeunes de ressources matérielles et psychosociales. Les propos de ces deux groupes rejoignent les conclusions de Stone *et al.*, (2006) prônant une accessibilité simplifiée aux services socio-sanitaires, une meilleure diffusion d'informations au sujet des ITSS, la mise à la disposition des jeunes d'un plus grand nombre de points de distribution de préservatifs et l'apprentissage de techniques de communication en ce qui concerne la négociation entre les partenaires dans le cadre des relations intimes. Les lacunes au niveau de leurs connaissances en matière de santé sexuelle auxquelles font face les jeunes seraient le reflet d'un discours hétéro-normatif sur la sexualité et la santé sexuelle dans le système éducatif et dans la société plus largement.

La question des rôles genrés dans les rapports d'intimité a été soulevée par les jeunes surtout. D'après eux, les inégalités de genre définissent les rapports d'intimité entre les jeunes, imposant ce que Gagnon *et al.*, (1973) appellent des «scripts sexuels», caractérisés pour les femmes, par la soumission, la docilité et l'objectification de soi. Les jeunes femmes seraient socialisées en fonction de normes genrées qui leur feraient craindre le conflit, les obligent à être constamment à l'écoute des besoins d'autrui et leur font percevoir les relations sexuelles comme étant des manifestations de besoins masculins. Selon Tolman *et al.* (2003), les scripts sexuels expliquent la distribution inégalitaire du pouvoir de négociation. Ces scripts sexuels, imposés aux jeunes femmes et subséquemment intériorisés par ces dernières, auraient pour effet de normaliser des comportements et des rapports d'intimité inégalitaires.

Implications pratiques

La santé sexuelle est une composante essentielle et intégrée de la santé globale qui se développe pendant de la jeunesse, plusieurs jeunes vivant leurs premières expériences sexuelles et intimes durant cette période de la vie. Elle peut représenter aussi une première prise en charge individuelle de la santé – sans l'encadrement des parents – et fournir des outils et des connaissances qui seront utiles plus tard. Selon une des intervenantes, «[la vie sexuelle], c'est un moment où on apprend à se connaître, où on a des expériences révélatrices. [...] La santé sexuelle, c'est quelque chose qui se trouve dans une sphère de la vie mais qui se situe dans la globalité du développement» (L). Informer les jeunes dans des espaces éducatifs et socio-sanitaires en se détachant des normes sociales genrées dominantes seraient une piste de solu-

tion pour assurer la santé sexuelle des jeunes et réduire leur vulnérabilité sexuelle.

Ces conclusions vont dans le sens de certains développements actuels dans l'expérimentation de programmes éducatifs et de services socio-sanitaires dans le cadre d'initiatives en cours dans certaines provinces canadiennes. Au Québec, par exemple, on a mis sur pied des projets pilotes dans les écoles secondaires permettant l'intégration spontanée – peu importe le cours enseigné – de discussions en santé sexuelle sous la forme de topos d'enseignement (Tougoat, 2016). En Ontario, on a adopté une approche progressive, avec une série de cours de santé sexuelle qui se poursuit tout au long de la scolarité, de la maternelle à la douzième année. Les élèves sont initiés graduellement, selon leur niveau de maturité scolaire, à divers sujets liés à la santé sexuelle (Gouvernement de l'Ontario, 2015). L'effet et la réception de ces programmes d'enseignement restent à être évalués.

Finalement, sur la question des inégalités de genre, ces constats s'inscrivent dans la suite du rassemblement de masse autour des dénonciations d'agressions sexuelles survenues grâce au mot-clic #MeToo sur les réseaux sociaux en 2017. Ce rassemblement a représenté une prise de conscience sur le plan international concernant l'ampleur et la gravité de la culture du viol. Une réflexion sociétale est actuellement en cours autour du discours normatif sur les rapports hommes-femmes, la socialisation genrée et la perpétuation des «scripts sexuels genrés» inégalitaires, tant dans les rapports quotidiens au travail et ailleurs que dans les rapports d'intimité. Dans la foulée de ces événements, l'expérience des jeunes peut illustrer davantage ces inégalités et contribuer aux solutions pour les réduire.

Notes

1. Un taux de 2151,7 cas sur 100 000 individus, comparé à 277,6 cas sur 100 000 individus pour l'ensemble de la population canadienne. Ce taux est cinq fois plus élevé que le taux de l'ensemble des femmes au Canada, soit 363,8 cas sur 100 000 individus (Agence de la santé publique du Canada, 2012; Institut national de la santé publique, 2015).

2. Voir Arpin, Emmanuelle, *Perspectives croisées : les déterminants sociaux de la vulnérabilité sexuelle chez les jeunes de 18 à 25 ans*, MSc., sociologie, Université de Montréal, 2016.

3. Une clinique jeunesse est définie par Risi *et al.* (2006) comme un service de santé adapté aux besoins et aux problématiques de la jeunesse dans le domaine de la santé sexuelle.

4. Certains liens avaient déjà été établis avec cette clinique grâce à une recherche exploratoire sur l'offre de services menée par Estelle Carde et Evelyne Bail-lergeau (2013).

5. Le terme «intervenante» (au féminin) est utilisé dans ce texte puisque l'équipe d'intervention est composée uniquement de femmes.

Références

- Agence de la santé publique du Canada. (2013). The Chief Public Health Officer's Report on the State of Public Health in Canada: Infection Disease. Catalogue: HP2-10/2013E.
- Ballinger, C. (2008). Research Justification. Dans Lisa M. Given. (Ed.). *The Sage Encyclopedia of Qualitative Research Methods*. (pp. 781-784). Thousand Oaks, CA : SAGE Publications, Inc.
- Bouchard, L. (2008). Capital social, solidarité réticulaire et santé. Dans Frohlich, K., De Konnick, M., Demers, A et Bernard, P. (Eds.) *Les inégalités sociales de santé au Québec*. Les Presses de l'Université de Montréal (pp.187-208).
- Carde, E. & Baillergeau, E. (2013). L'offre de services en santé sexuelle destinés aux jeunes de Montréal : quelle adaptation aux besoins et quelle accessibilité. *Centre de recherche de Montréal sur les inégalités sociales et les discriminations*. Montréal (Québec).
- Dubé, C. (2014). Éducation sexuelle : la réforme inachevée. *L'Actualité*. 7 octobre 2014.
- Frohlich, K., Ross, N. & Richmond, C. (2006). Health disparities in Canada today: Some evidence and a theoretical framework. *Health Policy*. 79: 132-143.
- Gagnon, J. & Simon, W. (1973). *Sexual Conduct : the social sources of human sexuality*. Aldine Publishing Company : Chicago.
- Gelly, M. (2013). Les inégalités sociales, objet invisible pour l'éducation sexuelle ? Enquête ethnographique sur l'éducation sexuelle dans les collèges. *Sciences sociales et santé*, Vol. 31(4), 73-96.
- Gouvernement de l'Ontario (2015). *Éducation sexuelle en Ontario*.
- Gupta, G. (2000). Gender, Sexualité, and HIV/AIDS : The What, the Why and the How. Plenary Address XIIIth International AIDS Conference. *International Center for Research on Women*. South Africa.
- Ingham, R. (2006). The importance of context in understanding and seeking to promote sexual health. Dans Ingham, R. & Aggleton, P. (Eds.) *Promoting Young People's Sexual Health: International Perspectives*. Routledge : Taylor and Francis Group. (pp. 41-60).
- Link, B. & Phelan, J. (1995). Social Conditions as Fundamental Causes of Disease. *Journal of Health and Social Behaviors*, (Extra issue), (pp. 80-94).
- Maia, M. (2009). *Sexualités adolescentes*. Paris: Éditions Pepper - L'Harmattan.
- Organisation mondiale de la santé (2001). The second decade : improving adolescent health and development. *Organisation mondiale de la santé*. Genève. pp. 1-20.
- Rhéaume, J. (2009). La sociologie clinique comme pratique de recherche en institution. Le cas d'un centre de santé et services sociaux. *Sociologie et sociétés*. 41 (1) : p. 195-215.
- Ricardo, C., Barker, G., Pulerwitz, J., & Rocha, V. (2006). Gender, sexual behavior and vulnerability among young people. Dans Ingham, R. & Aggleton, P. (Eds.) *Promoting Young People's Sexual Health : International Perspectives*. Routledge : Taylor and Francis Group. (pp. 61-78).
- Risi, C. et al. (2006). Services préventifs en clinique jeunesse : cadre de référence. Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie - Direction de santé publique, Longueuil (Québec).
- Sholveller, J. & Johnson, J. (2006). Risky groups, risky behavior and risky persons: Dominating discourses on youth sexual health. *Critical Public Health*. 16(1), (pp. 47-60).
- Schuurman, N. (2009). The Effects of Population Density, Physical Distance and Socio-Economic Vulnerability on Access to Primary Health Care in Rural and Remote British Columbia. Dans Andrew, G. & Crooks, V. (Eds.). *Primary Health Care: People, Practice, Place*. (pp. 57-74)
- Toulgoat, M. (2016). *Éducation sexuelle : 19 écoles de la province participent au projet pilote*. Radio Canada, Santé.
- Tolman, D., Striipe, M. & Harmon, T. (2003). Gender matters: Constructing a model of adolescent sexual health. *The Journal of Sex Research* 40 (1), (pp. 4-12).
- Viner, R., Ozer, E., Denny, S., Marmot, M., Resnick, M., Fatusi, A. & Currie, C. (2012). Adolescence and the social determinants of health. *The Lancet*. 379 (9826), (pp. 1641-1652).
- Wong, J., Pui-Hing, K., Chan, R., Boi-Doku, R. & McWatt S. (2012). Risk discourse and sexual stigma: barriers to STI testing and care among young heterosexual women in disadvantaged neighbourhoods in Toronto. *The Canadian Journal of Human Sexuality*. 21 (2), (pp. 75-89).



cmca mmxviii

Séminaire de l'axe *Inégalités sociales et santé*
du CREMIS

L'appropriation du diagnostic

Isabelle Jacques, CREDITSA
Francine Leblanc, AQDC
Émilie Proteau-Dupont, CREMIS
Robert Théoret, RRASMQ

mercredi 5 décembre 2018
13h30 à 16h30

au CREMIS, 66 Ste Catherine Est, salle 603
Montréal, Métro Saint-Laurent