

Sortir du cadre

Aux avant-postes
Sous un autre jour
Des champs à défricher

PRINTEMPS 2014

Vol. 7 No. 1

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

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

Équipe de production pour ce numéro :
Sira Camara, Aude Fournier, Nadia Giguère, Jean-Baptiste Leclercq, Christopher McAll et Geneviève McClure
Pour tout commentaire ou pour s'inscrire sur notre liste de diffusion, n'hésitez pas à communiquer avec nous :
revueducremis@gmail.com

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

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

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

Photo de la page couverture par Hidden side, 2006. *Certains droits réservés* ©





Merlijn Hoek, 2007. Certains droits réservés

Inégalités sociales
Discriminations
Pratiques alternatives de citoyenneté

Sortir du cadre

SOMMAIRE

REGARDS

Vivre et survivre à domicile: Le bien-être en cinq dimensions
Christopher McAll, Aude Fournier et Baptiste Godrie 4

Les besoins des minorités sexuelles et les services sociaux: Signes d'ouverture
Jean Dumas et Line Chamberland 9

DOSSIER

Sortir du cadre 15

« Agents d'intervention » en première ligne: Aux avant-postes
Sira Camara et Jean-Baptiste Leclercq 16

Troubles délirants, intervention policière et espace public: Sous un autre jour
Marie-Claude Rose et Roch Hurtubise 22

Savoir expérientiel et sciences de la santé: Des champs à défricher
Philippe Karazivan, Alexandre Berkessé, Luigi Flora, Vincent Dumez 23

PRATIQUES

Action citoyenne et insécurité alimentaire: Le *Magasin solidaire*
Doris Allard 34

HORIZONS

Autonomie alimentaire et recherche participative: Le pouvoir d'agir
VaatAVEC, Lucie Gélinau et Sophie Dupéré 38

Le revenu (français) de solidarité active et les impensés de la participation: Appels d'air
Claire Autant-Dorier et Élodie Jouve 44

L'«organisation communautaire» au Québec et la reconfiguration de l'État social: Le tournant
Jean-Baptiste Leclercq 49

« Victor lui fait travailler sa mémoire en présentant des photos dénichés sur internet, fragments de son passé de footballeur : "C'est ce qu'il faut faire. Leur rappeler qui ils sont, d'où ils viennent" ».

« Cette rencontre a été l'occasion de changer les regards. Les policiers se sont dits émus d'avoir la chance de rencontrer Alexandre lorsqu'il se porte bien. Ils n'avaient jamais pu parler avec lui lorsqu'ils étaient intervenus auprès de lui dans la rue, parce qu'il était toujours trop délirant ».

« Pourquoi, alors que toutes ces décisions concernent en finalité le patient et son projet de vie, les professionnels de santé ne travaillent-ils pas déjà en partenariat avec celui-ci et ses proches ? »

(suite à la page 15)



Werner Kunz, 2009. Certains droits réservés

Vivre et survivre à domicile

Le bien-être en cinq dimensions

REGARDS

Christopher McAll

*Professeur
Département de
sociologie
Université de Montréal*

Membre du CREMIS

Aude Fournier

*Professionnelle de
recherche
CREMIS*

Baptiste Godrie

*Professionnel de
recherche
CREMIS*

*Candidat au doctorat en
sociologie
Université de
Montréal*



Pensiero, 2009. Certains droits réservés ©

Saisir la personne dans sa « globalité » veut dire la saisir, dans la mesure du possible, dans les différentes dimensions de sa vie. Une recherche effectuée auprès de personnes recevant des services de soutien à domicile et d'auxiliaires qui interviennent auprès d'elles suggère qu'il y a cinq dimensions en particulier qui ressortent quand il s'agit de s'interroger sur le « bien-être » des personnes.¹ Une intervention axée sur la personne devrait ainsi tenir compte, non seulement du « problème » qui se pose sur le plan du corps et de sa fonctionnalité, mais également des conditions matérielles de vie et du logement, de l'insertion ou non de la personne dans un réseau de relations, de l'importance pour elle de pouvoir prendre ses propres décisions et du « sens » qu'a sa vie pour elle sur la longue durée (composé de ses souvenirs, de sa vie au temps présent, de son anticipation de moments futurs). Les auxiliaires sont bien placés pour cerner cette globalité, comme nous avons pu le constater dans une recherche antérieure (McAll et al., 1997), surtout dans la mesure où ils peuvent

suivre la personne sur le long terme et où ils ont du temps, dans l'intervention, pour investir la dimension sociale de la relation, au-delà des gestes posés.

Dimension corporelle

Penser la santé comme un état complet de bien-être sur les plans physique, mental et social, et non pas seulement comme un état marqué par l'absence de maladie ou d'infirmité, a une signification particulière pour les personnes vieillissantes qui reçoivent les services à domicile. Par définition, ces personnes sont identifiées comme ayant des problèmes d'« autonomie fonctionnelle » ou « corporelle » liés à leur condition de santé physique ou mentale. Les intervenants cherchent surtout à pallier ces problèmes immédiats dans un contexte d'effectifs limités et de contraintes budgétaires. Sur le plan organisationnel, la personne est, par nécessité administrative, identifiée surtout à ces problèmes.

Il y a le risque ici que la catégorisation des personnes selon leurs incapacités et les coûts qu'elles imposent au système devienne non seulement la lunette principale par laquelle le système les « pense », mais aussi, par extension, qu'elle influe plus largement sur la perception qu'a la population des personnes âgées. Comme le souligne Smith (1990), les catégorisations produites par l'État, entre autres dans le domaine de la santé, peuvent finir par modeler la conception des populations ainsi catégorisées. Ironiquement, ce processus

de réduction (ou de mise en catégorie selon des critères restrictifs) qui fait partie intégrante de la gestion des services, peut rejoindre les processus de stigmatisation qui ont largement cours dans la société. Une population sujette à la stigmatisation peut ainsi être réduite, aux yeux des autres, à quelques traits connotés négativement. Qu'il s'agisse de minorités stigmatisées selon le genre, la « race », la santé mentale, l'âge, la condition socio-économique, ou un autre critère, il devient difficile pour les personnes ainsi identifiées d'« exister » aux yeux des autres en tant que personnes à part entière, avec leurs propres caractéristiques, compétences et histoires. Elles peuvent disparaître, en quelque sorte, derrière le stigmate.

Dimension matérielle

Les témoignages des personnes « soutenues » à domicile et des auxiliaires qui interviennent auprès d'elles soulèvent ce problème du regard projeté sur les personnes âgées. Si la dimension « corporelle » du bien-être est centrale dans leur vie, étant donné leur état de santé physique et mentale, cette dimension est indissociable de ce qu'elles sont et de ce qu'elles vivent en lien avec les autres dimensions identifiées dans ce texte : les dimensions « matérielle », « relationnelle », « décisionnelle » et « temporelle ». Par exemple, « vouloir » demeurer dans son domicile, coûte que coûte – un vouloir qui est projeté sur les personnes comme allant de soi – dépend, selon ces témoignages, de la qualité de ce domicile sur le plan matériel. Les personnes âgées sont peut-être perçues comme étant en retrait ou à la marge de la « vraie » vie, mais sur le plan des inégalités sociales, elles restent pleinement

REGARDS

« les catégorisations produites par l'État, entre autres dans le domaine de la santé, peuvent finir par modeler la conception des populations ainsi catégorisées. »

REGARDS

« Si on peut "survivre" sur le plan matériel, on "vit" surtout à travers les relations qu'on entretient avec autrui. »

impliquées dans les dynamiques centrales de la société. Compte tenu de l'absence de plan de pension pour la plupart des personnes au travail et du bas niveau de rémunération pour beaucoup de salariés, l'arrivée à la retraite peut se traduire par une accentuation des inégalités de revenus et des conditions de vie.

Parmi les cas rencontrés dans ce projet, il y a des disparités marquées sur le plan des conditions matérielles de vie et de logement, avec la possession de moyens suffisants se traduisant à l'occasion par le déménagement vers un appartement spacieux et bien entretenu dans une résidence pourvue en services de tout ordre. Pour d'autres, demeurer dans son domicile actuel peut vouloir dire demeurer dans un logement jugé trop petit et en mauvais état, mais qu'on ne peut quitter, faute de moyens. Comme le suggère Sen (2002; 2010), la capacité d'exercer des choix est limitée par les circonstances dans lesquelles on vit. Demeurer dans son domicile actuel ne relève pas d'un choix si les circonstances de la personne ne lui donnent pas d'autres options. À cet égard, nous pourrions situer les personnes rencontrées (ou dont les cas ont été présentés en entrevue) sur une échelle de choix. La condition de santé de la personne peut être limitative, mais ses conditions matérielles de vie imposent aussi des limites, tout en ayant un impact potentiellement négatif sur la santé elle-même.

Dimension relationnelle

Les personnes rencontrées peuvent aussi être placées sur une échelle « relationnelle », avec la présence d'amis, de la famille et, surtout, des enfants et petits-enfants (compte tenu de l'âge des personnes), pour celles qui sont en haut de cette échelle, et l'isolement pour celles qui sont en bas. En intervenant à domicile, les auxiliaires sont des témoins privilégiés non seulement des conditions matérielles de vie des personnes, mais aussi de la densité et de l'étendue de ces réseaux relationnels. Dans plusieurs cas, l'auxiliaire peut finir par occuper une place significative dans ce réseau, à travers le développement d'un lien quasi amical ou d'un lien de dépendance qui se crée dans le cas des personnes qui n'ont pas beaucoup de contacts.

Si on peut « survivre » sur le plan matériel, on « vit » surtout à travers les relations qu'on entretient avec autrui, la protection de son intimité – de son espace à soi – allant de pair avec le maintien de cette vie relationnelle. Les cas présentés font voir une variété de situations, avec, dans un cas, la survie même d'une personne isolée qui dépend d'un lien affectif tissé avec un voisin de palier (selon la perception de l'auxiliaire), tandis que, dans d'autres cas, la personne peut être entourée par ses enfants ou se trouver au centre d'un « ballet » d'intervenants, tissant, au passage, une variété de liens avec ces derniers. L'impression de « ne pas exister » aux yeux de la société peut ainsi être compensée par les relations de proximité, tout comme les manques sur le plan des conditions matérielles peuvent être en partie comblés dans le cadre de ces mêmes relations.

Dimension décisionnelle

Ces relations peuvent être vécues autant négativement que positivement et, souvent, c'est sous le signe de l'ambiguïté qu'on va parler de

la place occupée par un proche parent dans sa vie. L'enjeu est parfois celui du contrôle qu'on exerce sur sa propre vie et de la volonté de pouvoir prendre ses propres décisions. Cet enjeu lié à l'autonomie décisionnelle ressort comme étant central à travers les entretiens. Que ce soit par rapport à la famille proche ou dans le cadre de l'intervention elle-même, on ressent souvent la crainte de se faire imposer une décision qui va à l'encontre de sa volonté.

Les différends semblent particulièrement présents quand il s'agit de la prise de risque, les limites corporelles de la personne entrant en conflit avec sa volonté de maintenir ses activités. Il s'agit ici d'une négociation constante entre le « système » et ses représentants, et la personne elle-même, avec un sentiment de délinquance exprimé de part et d'autre quand la personne « fait à sa tête », ou qu'une certaine marge de liberté en termes de prise de risque est laissée par l'intervenant. On peut bien avoir le sentiment d'exister à travers ses relations, mais c'est dans la prise de décision que la nature de cette existence vis-à-vis des autres est le plus manifeste.

Dimension temporelle

La volonté de prendre ses propres décisions et d'être libre de ses actions traduit aussi le sentiment d'être au cœur de sa vie. Les parcours décrits suggèrent une variété de rapports à la vie antérieure (ruptures, continuités, deuils, bons souvenirs, regrets) et cette vie antérieure fait irruption de manière constante dans les entretiens. Au détour d'une phrase, on peut se retrouver à la campagne avec une grand-mère qui rappelle qu'il faut mettre son chapeau pour se protéger contre le soleil, au bas de l'escalier quand on voit pour la première fois l'homme qui va devenir son conjoint, ou jouant de la musique sur le bord d'un lac. En même temps, la vie est ancrée dans le temps présent, dans ses routines et ses plaisirs (pour ceux qui en font part), et dans ce qui s'en vient.

C'est dans cette dimension « temporelle » du bien-être que le tout se noue, que l'enchaînement des espaces de vie dans lesquels on a vécu, dans leurs dimensions matérielles et relationnelles, est rejoué en permanence, avec parfois le maintien d'une pratique artistique ou d'un passe-temps tissant le lien entre le passé et le présent. Dans la psychologie classique, William James parlait du « soi » que nous retrouvons, quotidiennement, en nous réveillant le matin et qui constitue la trame de notre existence. On pourrait dire que la dimension temporelle



Kevin Doolley, 2013. Certains droits réservés ©

du bien-être n'est pas une dimension comme une autre, mais le fondement même qui permet à la personne de se penser.

Exister pour les autres

Le soutien à domicile n'apparaît pas uniquement comme un ensemble de services qui vient combler les manques et les pertes des aînés dans une finalité fonctionnelle ou médicale. Il requiert le développement d'une relation « sociale » entre un auxiliaire et une personne aidée, caractérisée par la confiance, l'écoute, le respect de l'intimité, l'adaptation des services et, parfois, la réciprocité et l'amitié. À travers cette relation, les auxiliaires peuvent développer une connaissance du passé et des aspirations de la personne qui peut colorer leur action de manière à mieux prendre en compte son histoire dans la définition de ses besoins. Cette connaissance peut aussi ouvrir un avenir à des personnes qui sentent parfois leur vie se resserrer sur le présent et sur l'imédiateté des besoins d'ordre fonctionnel. Pour les personnes rencontrées, la dimension relationnelle des services ne se réduit ainsi ni à un « plus », ni à un élément superflu : elle est une condition fondamentale au bien-être des personnes qui mériterait d'être considérée au même titre que la fonctionnalité ou la sécurité à domicile.

C'est à travers la valorisation de la dimension relationnelle qu'on peut faire en sorte que les personnes aient le sentiment d'« exister » pour les autres, d'être autre chose qu'un « petit vieux » (selon le terme utilisé par une des personnes rencontrées à domicile). Cette reconnaissance exige un changement radical de perception, où les catégorisations qui renferment et qui stigmatisent (parfois avec les « meilleures » des intentions) seraient décortiquées, questionnées, repensées. Plutôt que de « faire exister » les personnes pour le système, il faudrait qu'elles puissent être reconnues comme étant au centre de leur vie. Mais comme le souligne Fraser (2005), pour beaucoup, la « reconnaissance » n'a pas grande valeur si elle ne s'accompagne pas d'une amélioration de leurs conditions matérielles de vie.

Note

1 : Les résultats présentés dans ce texte proviennent de : Fournier, Aude, Baptiste Godrie, Christopher McAll, *Vivre et survivre à domicile : les cinq dimensions du bien-être* (2014), disponible au www.cremis.ca. Le projet de recherche qui fait l'objet de ce rapport a porté sur l'expérience de personnes de plus de 65 ans recevant des services de soutien à domicile. La recherche a été circonscrite à la population vivant sur le territoire d'intervention du Centre de santé et de services sociaux (CSSS) Jeanne-Mance au centre-ville de Montréal. L'échantillon est constitué de vingt-sept histoires de cas obtenus aléatoirement auprès de dix auxiliaires familiaux et sociaux ainsi que de quatorze entretiens réalisés auprès de personnes résidant dans le secteur et sélectionnés aléatoirement à partir des listes du CSSS. La recherche a été menée en collaboration avec les gestionnaires de l'équipe de soutien à domicile du CSSS et a été réalisée grâce à une subvention de la Fondation du CSSS Jeanne-Mance.

Fraser, N. (2005). *Qu'est-ce que la justice sociale ? Reconnaissance et redistribution*, Paris: La Découverte.

McAll, C., Tremblay, L. et F. Le Goff (1997). *Proximité et distance. Les défis de communication entre intervenants et clientèle*, Montréal: Éditions St-Martin.

Sen, A. (2002). *Rationality and Freedom*, Harvard: Cambridge Mass., Belknap.

Sen, A. (2010). *L'idée de justice*, Flammarion, Paris.

Smith, D. (1990). *The Conceptual Practices of Power, A feminist sociology of knowledge*, Toronto, University of Toronto Press.

Les besoins des minorités sexuelles et les services sociaux et de santé

Signes d'ouverture



Kat..., 2011. Certains droits réservés

Les enjeux de santé des minorités sexuelles sont de plus en plus documentés dans la littérature scientifique (Institute of Medicine, 2011). D'une part, les recherches montrent que les personnes LGBT (se définissant comme lesbiennes, gaies, bisexuelles, transsexuelles ou transgenres) sont particulièrement touchées par certains problèmes de santé physique, mentale et sexuelle (par exemple, VIH/sida et autres ITSS, anxiété et dépression, idéations suicidaires et tentatives

de suicide). D'autre part, les personnes LGBT peuvent également faire face à de nombreuses difficultés d'origine culturelle, structurelle ou psychosociale dans leur accès et leur utilisation des services sociaux et de santé. Dans l'ensemble du système de santé, les services demeurent hétérocentriques, c'est-à-dire fondés sur des présupposés hétérosexuels et négligeant les clientèles provenant des minorités sexuelles. Les soins seraient fréquemment administrés par des intervenants qui ne sont pas au courant des problématiques de santé de ces populations. Des recherches populationnelles récentes ont par ailleurs démontré que certaines minorités sexuelles sont plus nom-

REGARDS

Jean Dumas

Chercheur postdoctoral
CSSS Jeanne-Mance

Boursier du programme de
formation 4P (promotion,
prévention et politiques
publiques)

Réseau de recherche en
santé des populations du
Québec

Line Chamberland

Professeure
Département de sexologie
Université du Québec à
Montréal

Titulaire de la Chaire de
recherche sur l'homophobie

breuses à déclarer des besoins de santé non satisfaits au Canada (Tjepkema, 2008).

Au Québec, avec la publication du rapport intitulé *De l'égalité juridique à l'égalité sociale* (CDPDJ, 2007), plusieurs recommandations ont été adressées au ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) en

vue d'offrir des services mieux adaptés aux besoins des minorités sexuelles. Cependant, en raison des défis relatifs à la coordination et au financement des orientations prévues, leur mise en œuvre demeure inégale et inachevée dans les divers secteurs de la santé et des services sociaux. Le *Plan d'action gouvernemental de lutte contre l'homophobie* a par la suite proposé plusieurs pistes d'action au MSSS, dont celle de « définir des lignes directrices relatives à l'inclusion des réalités des personnes de minorités sexuelles [...] dans les politiques, les programmes et les recherches relevant du réseau de la santé et des services sociaux » (Ministère de la Justice, 2011 : 11).

L'adaptation

C'est dans ce contexte qu'une recherche-action participative sur l'adaptation des services a été réalisée au CSSS Jeanne-Mance entre 2011 et 2013, un établissement dont le territoire comporte une forte concentration de personnes LGBT¹. La recherche avait comme premier objectif de documenter, à l'aide d'entrevues avec des informateurs clés, les pratiques spécifiques de cet établissement en matière d'adaptation des services (voir Dumas, 2013). Parmi les



Jonathan Kos-Read, 2014. Certains droits réservés ©

pratiques relevées, on peut citer le soutien du CSSS au Comité sur la santé des minorités sexuelles (CSDMS). Créé en 2005, le comité a été reconnu officiellement dans le *Plan d'action local en santé publique 2010-2015*. Cette reconnaissance permet notamment de dégager du temps pour les intervenants qui participent à des rencontres mensuelles et d'offrir le soutien nécessaire à la réalisation de leur plan d'action. Depuis 2005, le comité organise des formations ponctuelles à l'interne, ce qui constitue une seconde pratique spécifique au sein du CSSS. Ainsi, une formation a été offerte en mai 2012 sur les réalités complexes des personnes transgenres et transsexuelles en ce qui concerne l'accès et l'utilisation des services sociaux et de santé (traitements hormonaux et

chirurgicaux, suivi du processus de transition, etc.). Une conférence sur le risque suicidaire chez les personnes LGBT a été présentée par la Chaire de recherche sur l'homophobie en février 2013 et une formation sur l'homoparentalité a été donnée en mai 2013 par la Coalition des familles homoparentales du Québec.

D'autres pratiques spécifiques au CSSS sont liées à la lutte aux ITSS, notamment le travail de proximité qui permet d'offrir des services à des populations vulnérables difficiles à rejoindre autrement. Des infirmiers du CSSS sont régulièrement présents dans les saunas et dans les locaux de plusieurs organismes communautaires pour le dépistage et la vaccination. L'équipe ITSS offre également des groupes de soutien aux personnes atteintes du VIH ou de l'hépatite C. Un autre volet est l'organisation communautaire, qui a permis de soutenir le développement, l'implantation et le suivi d'une Charte OK, par laquelle les propriétaires de saunas s'engagent à favoriser la prévention des ITSS dans leurs établissements.

Ces pratiques illustrent l'éventail des moyens déployés jusqu'à maintenant par le CSSS Jeanne-Mance pour améliorer l'adéquation des services offerts avec les besoins des personnes LGBT. Les entrevues ont également fait ressortir un certain consensus parmi les professionnels quant aux qualités nécessaires à l'interaction entre usagers et professionnels : bon accueil, développement d'un lien de confiance et identification des besoins spécifiques. Des techniques de communication appropriées sont nécessaires pour développer ce lien de confiance, de même qu'une aisance à aborder les questions de sexualité, d'orientation sexuelle et d'identités de genre avec ces clientèles variées. Quant à la nécessité d'offrir des services spécialisés ou des programmes distincts s'adressant spécifiquement aux personnes LGBT, les opinions des personnes interviewées sont partagées : plusieurs s'y opposent en invoquant des risques tels que la stigmatisation et la ghettoïsation des minorités sexuelles ainsi que la déresponsabilisation des autres points de services du réseau de la santé. Toutefois, pour ce qui est des personnes transgenres, certains sont d'avis qu'une sous-équipe spécialisée interdisciplinaire avec des ressources dédiées

pourrait s'avérer nécessaire pour répondre aux besoins spécifiques de soins et de services autour de la transition.

L'adéquation

Un second objectif de la recherche visait à mesurer l'adéquation perçue des services sociaux et de santé par les usagers LGBT du CSSS Jeanne-Mance et des autres établissements de santé au Québec. Ce volet a été réalisé à l'aide d'un questionnaire en ligne ayant rejoint 736 participants (moyenne d'âge de 36 ans) comprenant une proportion égale d'hommes et de femmes (49,7 % et 50,3 %), parmi lesquels 8,7 % s'identifient comme transgenres. Sur le plan des orientations sexuelles, 25,8 % des participants se sont identifiés comme lesbiennes, 42,8 % gai-es ou homosexuel-les, 14,9 % bisexuel-les et 11,7 % se définissent autrement (par exemple *Queer*). Une proportion de 32,3 % réside à l'extérieur de la région de Montréal. Près de la moitié (44,4 %) déclarent au moins une maladie chronique (santé physique, mentale ou sexuelle) diagnostiquée par un professionnel de la santé, une proportion similaire aux données de l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* (ESCC) de Statistique Canada (Tjepkema, 2008). Près de six participants sur dix ont un médecin de famille (61 %) et plus des trois quarts (82 %) ont eu recours à des services sociaux et de santé au cours des deux dernières années, y compris ceux du CSSS Jeanne-Mance. Environ la moitié des répondants rapportent avoir déjà discuté de leur orientation sexuelle ou de leur identité de genre avec un professionnel de la santé ou avec leur médecin de famille. Près d'un participant sur dix (9%) indique avoir déjà évité de

REGARDS

« Les entrevues ont également fait ressortir un certain consensus parmi les professionnels quant aux qualités nécessaires à l'interaction entre usagers et professionnels : bon accueil, développement d'un lien de confiance et identification des besoins spécifiques. »

REGARDS

« L'infirmière n'a pas présumé de mon hétérosexualité et m'a demandé le sexe de mes partenaires sexuels. »

demander un service de santé en raison de son orientation sexuelle ou de son identité de genre. Cette proportion grimpe à 30 % parmi les personnes transgenres.

Le questionnaire proposait également une série d'indicateurs de satisfaction, sous forme d'énoncés au sujet des services reçus et de l'interaction avec les professionnels de la santé et des services sociaux : évaluation de l'écoute, de l'empathie, du respect, de la compréhension de la situation de l'usager, de la non-présupposition de l'orientation sexuelle ou de l'identité de genre, etc. Les scores de satisfaction sont élevés pour plusieurs de ces dimensions et le portrait global est somme toute positif, notamment en ce qui a trait à la perception de la qualité de l'accueil, du respect, de l'écoute et de la compétence des intervenants par rapport aux réalités LGBT.

Les analyses comparatives révèlent toutefois des différences significatives quant aux scores de satisfaction selon les sous-groupes : les personnes transgenres et les femmes de minorités sexuelles accordent des scores moyens moins élevés, par exemple en ce qui concerne la présupposition de l'orientation sexuelle et les compétences à propos des réalités propres aux femmes lesbiennes ou bisexuelles, de même qu'aux personnes transgenres. Ces deux groupes sont donc globalement moins satisfaits des services offerts. Toutefois, en ce qui concerne les services du CSSS Jeanne-Mance, ces différences entre sous-groupes sont moins prononcées, ce qui semble suggérer que les usagers des services de l'établissement sont plus satis-

faits que ceux et celles utilisant d'autres points de services au Québec. Ce moindre écart peut s'expliquer, entre autres, par l'expérience des intervenants du CSSS avec les minorités sexuelles, étant donné la forte concentration de ces populations sur le territoire, mais aussi leur aisance à discuter de sexualité avec les minorités sexuelles, notamment au sein de l'équipe ITSS, comme l'explique un intervenant interviewé dans le cadre du premier volet de la recherche : « *Lorsque tu viens travailler à l'équipe ITSS, à la fois au niveau personnel et professionnel, tu dois être à l'aise d'accueillir ce genre de clientèle et de parler de toutes sortes d'aspects de la sexualité dont les pratiques sexuelles* ».

Le questionnaire en ligne comprenait aussi des questions ouvertes portant sur les expériences des répondants avec les services. L'analyse de ce corpus permet d'identifier les éléments constitutifs d'expériences positives : une attitude de la part de l'intervenant qui soit chaleureuse, positive, sans jugement et sans discrimination, sans présupposition de l'orientation sexuelle, la possession de bonnes connaissances sur les enjeux de santé des LGBT, la prise de temps pour développer un lien de confiance :

« Je me souviens de l'attitude très empathique et chaleureuse de l'infirmière. Elle a été à l'écoute, ouverte, très positive » (femme queer, 30 ans).

« Ma docteure fut très ouverte et disponible. Elle ne manifeste pas de préjugés ni de propos homophobes lors de nos rencontres. Une confiance mutuelle est installée » (lesbienne, 34 ans).

« L'infirmière n'a pas présumé de mon hétérosexualité et m'a demandé le sexe de mes partenaires sexuels » (homme gai, 24 ans).

« Depuis 2005 que je suis avec mon médecin à la clinique [nom de la clinique]. Je suis allé voir ce médecin à cause de sa connaissance sur la transsexualité. L'accueil était superbe, le respect présent et une approche humaine, très professionnelle » (lesbienne et transgenre, 55 ans).

À l'opposé, des éléments associés à des expériences plus difficiles ou mixtes sont rapportés : méconnaissance par les professionnels des réalités liées à la santé des personnes LGBT, notamment au sujet des personnes transgenres (accès à l'hormonothérapie et au suivi du processus de transition, refus de prodiguer des soins, entre autres) et des femmes de minorités sexuelles (présupposition d'une orientation sexuelle hétérosexuelle, connaissance insuffisante des risques de transmission des ITSS entre femmes, par exemple) :

« Cela a très bien été jusqu'à ce que je lui dise que je voulais une transition sexuelle et que j'avais besoin d'aide là-dedans. Après, elle m'a dit qu'elle ne pouvait rien faire pour moi. Que je devais trouver par moi-même quelqu'un pour m'aider. Ce fut très désagréable » (femme trans, hétérosexuelle, 24 ans).

« La psychoéducatrice du CLSC a été très respectueuse et sa contribution a été utile. Toutefois, pour obtenir le rendez-vous, il ne fallait pas mentionner que la transidentité faisait partie du contexte (femme trans et hétérosexuelle, 59 ans) ».

« J'ai essayé d'aborder la question avec mon gynécologue. Très mauvaise expérience. Pas ouvert à prendre le temps de discuter, aucun signe LGBT, le personnel supposait que j'étais hétéro [...]. J'ai attendu l'année d'après pour aborder le sujet, du bout des lèvres. Encore aujourd'hui, il me demande toujours si j'ai "un petit chum" à chaque rendez-vous (femme bisexuelle, 24 ans) ».

« De manière générale, les médecins ne s'intéressent pas à

l'orientation sexuelle d'une personne, et assument trop souvent que vous êtes hétérosexuelle quand vous êtes une femme. J'ai déjà dit à un médecin avoir eu une relation avec une autre femme, car elle [la relation] était non protégée et que j'avais des inquiétudes et les "dangers" potentiels de cette relation ont été complètement banalisés » (femme queer, 32 ans).

« À aucun moment, on ne m'a expliqué qu'il y avait aussi des moyens de se protéger durant les relations avec des femmes. À ce jour, je ne suis pas plus éclairée sur le sujet » (lesbienne, 35 ans).

Les participants étaient invités à émettre des suggestions pour l'amélioration des services. Figure au premier rang une meilleure formation des professionnels de la santé et des services sociaux, tant pour la formation académique



Ravages, 2008. Certains droits réservés ©

REGARDS

« *Les personnes transgenres se heurtent encore à plusieurs obstacles particuliers dans leur accès et leur utilisation des services.* »

que pour la formation continue. D'autres suggestions portent sur la lutte contre l'hétérosexisme, encore trop souvent présent dans la prestation des services, la promotion du dialogue entre les professionnels et les usagers LGBT, par exemple en exposant des signes d'ouverture dans l'environnement (affiches, dépliants et autres supports d'informations), et la sensibilisation du personnel aux réalités des familles homoparentales.

Résonance

Le portrait global de la satisfaction des personnes LGBT quant à leurs expériences avec les services sociaux et de santé en général est positif sur plusieurs dimensions telles que l'accueil, l'ouverture, la politesse, le respect. Toutefois, les résultats suggèrent que du travail reste à accomplir sur plusieurs aspects, tels que les connaissances sur les problématiques de santé des personnes LGBT, les signes d'ouverture dans l'environnement et l'hétérosexisme perçu par les usagers, notamment parmi les femmes de minorités sexuelles. Les personnes transgenres se heurtent encore à plusieurs obstacles particuliers dans leur accès et leur utilisation des services.

Ces résultats sont en résonance avec la littérature scientifique, par exemple sur l'hétérosexisme qui est l'expression d'une des formes d'inégalités sociales en matière de santé auxquelles peuvent être confrontées les minorités sexuelles. Ces constats seront soulignés, parmi d'autres, dans la proposition de recommandations

pour l'amélioration des services et la formation du personnel non seulement au CSSS Jeanne-Mance, mais dans l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux au Québec. Le CSSS Jeanne-Mance, pour sa part, a déjà démontré sa volonté de mieux répondre aux besoins des minorités sexuelles en introduisant des pratiques spécifiques sur le plan de l'organisation, de la formation et du travail de proximité. Il est à souhaiter que son exemple soit suivi ailleurs au Québec.

Note

1 : Recherche réalisée par Jean Dumas, boursier du programme 4P (promotion, prévention et politiques publiques), Réseau de recherche en santé des populations du Québec, sous la supervision de Line Chamberland.

Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse (CDPDJ) (2007). *De l'égalité juridique à l'égalité sociale : vers une stratégie nationale de lutte contre l'homophobie*, Rapport de consultation du Groupe de travail mixte contre l'homophobie.

Dumas, J. (2013). « L'évaluation des services sociaux et de santé offerts aux minorités sexuelles par le CSSS Jeanne-Mance », *Service Social*, 59, 1 : 63-80.

Institute of Medicine (2011). *The Health of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender (LGBT) People: Building a Foundation for Better Understanding*, Washington (DC), National Academies Press.

Ministère de la Justice (2011). *Plan d'action gouvernemental de lutte contre l'homophobie 2011-2016*, Gouvernement du Québec.

Tjepkema, M. (2008). *Utilisation des services de santé par les gais, les lesbiennes et les bisexuels au Canada*, Composante du produit no 82-003-X, Rapports sur la santé au catalogue de Statistique Canada.



Borutic, 2012. Certains droits réservés ©

DOSSIER

SORTIR DU CADRE

« Agents d'intervention » en première ligne

Aux avant-postes

DOSSIER

Sira Camara

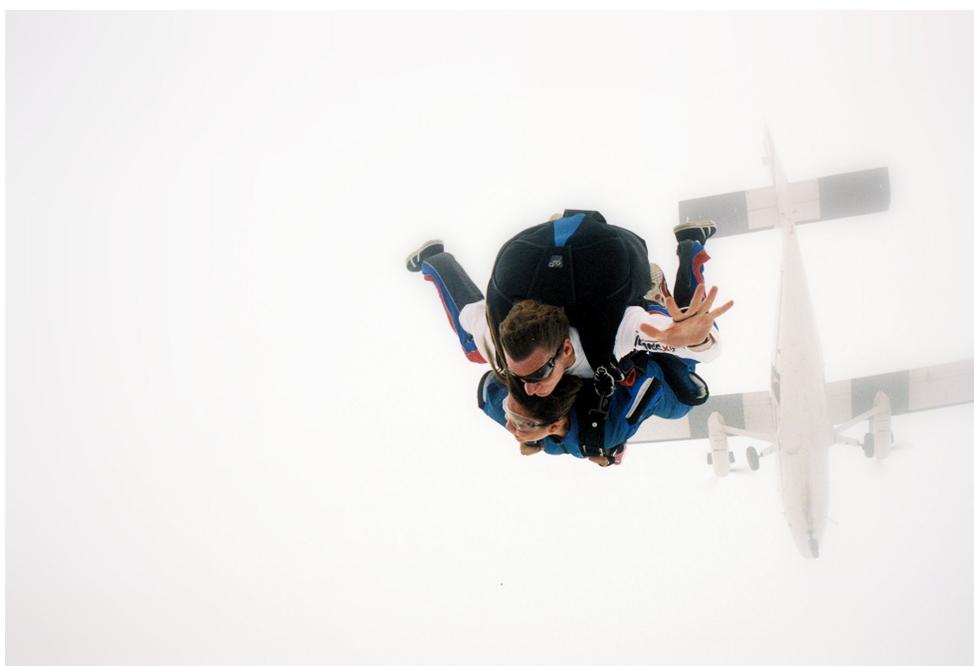
Professionnelle de
recherche
CREMIS

Jean-Baptiste Leclercq

Chercheur d'établissement
CSSS Jeanne-Mance

Professeur associé
Département de sociologie
Université de Montréal

Membre du CREMIS



aj GAZMEN > GucciBear, 2011. Certains droits réservés ©

CLSC¹ des Faubourgs, site Sanguinet, 8h du matin. Un agent d'intervention ouvre les portes du centre. Il nous raconte son dialogue avec des usagers : « Un usager me demande : "Pourquoi il faut que j'attende ?" Je lui réponds "Monsieur, on a ouvert à 8 h. L'enregistrement commence juste à 8 h 15, les infirmières, elles, commencent à 8 h 30, tout le monde va voir l'infirmière avant à 8 h 30, car elle fait un triage". Et puis une autre usagère : "Bien, pourquoi je suis arrivée la première, puis je suis la troisième à passer ?" "Parce que l'infirmière, elle fait un triage. Le triage, ça veut dire que si monsieur, il lui manque un doigt, il va passer avant vous. Pensez-vous vraiment que ce monsieur va rester avec sa main coupée en arrière de vous, là ?" La dame, elle me regarde et comprend mieux. Tu ne peux pas juste arriver puis dire "je suis la sécurité, puis c'est comme ça" ».

Officiellement, le CSSS attend d'un agent d'intervention qu'il « assure le maintien de l'ordre et la surveillance, contribue à la sensibilisation du personnel et de la clientèle sur les comportements sécuritaires en appliquant les politiques et directives en vigueur. Il effectue des tournées, collabore à la résolution de situations de crise en partenariat avec les employés et la police. Bref, il contribue à offrir un environnement sécuritaire pour permettre au site de réussir sa mission première qui est d'offrir des soins » nous explique Bruce Lapointe, coordonnateur en mesures d'urgence et sécurité civile au CSSS.

Mais comment ces missions sont-elles assurées au quotidien ? En arrivant au site Sanguinet, le visiteur est accueilli par l'un des agents d'intervention : vêtus d'uniformes, ils imposent par leur gabarit. Ceux-ci se relaient à différents endroits stratégiques, dont la porte d'entrée et la salle d'attente du deuxième étage. Depuis le comptoir d'entrée, ils filtrent et orientent les usagers vers les différents services : clinique médicale, clinique jeunesse, santé mentale, etc.

Nommés « agents de sécurité » par commodité, ils revendiquent l'appellation d'agents d'intervention : « C'est le seul endroit au CSSS où ils sont appelés ainsi, car contrairement aux autres sites, l'intervention physique fait partie de leur mandat lorsque la situation l'exige », nous explique M. Lapointe. Ils travaillent pour le compte de BEST, division « sécurité événementielle » de GardaWorld, normalement spécialisée dans la gestion d'événements d'envergure. La sous-traitance des services de sécurité auprès de cette agence privée a été amorcée en 2000 à la suite d'incidents critiques, dont la prise en otage d'une infirmière. À l'intersection du récit de vie et du récit de pratique, deux des trois agents du site Sanguinet nous racontent leurs parcours et expériences.

Origines

Le père de Victor vient du Chili et sa mère, de Melilla, enclave espagnole au Maroc. Il naît dans le quartier Côte-des-Neiges à Montréal, « un milieu pas mal rock'n'roll » et « ultramulticulturel ». Ils déménagent en famille

à Repentigny dans l'idée de vivre dans un environnement sécuritaire. Lorsqu'il se remémore cette banlieue, il évoque une ville « complètement raciste, car là-bas il n'y avait aucun immigrant ». Ce racisme latent vécu au quotidien, notamment à l'école, se manifeste radicalement à travers les actions de *Skin-heads* sévissant dans le coin. Afin de protéger ses proches, les « plus faibles » et lui-même de cette minorité violente, adolescent, il monte une sorte de « gang » d'autodéfense.

Né à Sherbrooke, Martin se dit « Québécois d'origine vietnamienne ». Ses parents, réfugiés politiques ayant fui le Vietnam en 1975, ont eu « peu de temps pour s'adapter » et se sont lancés avec succès dans la restauration. Martin est lui aussi témoin d'actes de violence envers « les plus faibles » et réalise qu'il pourrait lui aussi être victime d'intimidation « en tant que minorité visible ». Commencent alors l'entraînement physique, puis les arts martiaux : « Quand je voyais le monde écœurer les plus faibles, je prenais position, c'est là qu'a commencé la sécurité ».

Après des études en hôtellerie-restauration et dix ans de travail dans les bars, Martin obtient son premier contrat dans la sécurité, avec BEST qui l'aide à perfectionner ses compétences par des formations et des placements dans l'événementiel. Quant à Victor, après plusieurs « petites jobs », il s'inscrit dans une académie enseignant différents aspects liés au métier d'agent de sécurité (versant légal, normes de comportement, autodéfense). Il enchaîne des contrats pour différentes agences, mais criti-

DOSSIER

« Afin de protéger ses proches, les "plus faibles" et lui-même de cette minorité violente, adolescent, il monte une sorte de "gang" d'autodéfense. »

« le recours à l'intervention physique est peu fréquent. Selon Martin, si ces situations arrivent moins régulièrement, "c'est à cause de la stabilité : ils nous reconnaissent puis ça se parle entre eux autres". »

que l'encadrement et l'individualisme au sein des équipes. À BEST, il a trouvé « comme une famille ».

Les filtreurs

En arrivant au site Sanguinet du CLSC des Faubourgs, Victor reçoit une feuille décrivant ses tâches, mais la réalité va bien au-delà : « Je me sens moi-même ici... je ne suis pas forcément les règlements au pied de la lettre, mais je trouve que je fais une bonne job. Car ici, les gens sont très différents des autres CLSC. C'est unique ici ». Martin confirme : « Faut pas oublier, nous on est un CLSC spécifique, on a de la clientèle régulière qui vient, M. et Mme Tout le Monde qui rentrent avec les itinérants ou les personnes ayant des problèmes de santé mentale ». Comment parviennent-ils à composer avec une clientèle aussi hétéroclite ?

Tout d'abord, pour instaurer un climat de confiance, informalité, convivialité et proximité sont de rigueur. « Si tu arrives et tu dis "Bonjour Monsieur, comment ça va aujourd'hui? Qu'est-ce qu'on peut faire pour vous?", quand tu utilises le "vous", il y en a qui sont offusqués. Chaque personne a une mentalité différente, mais quand tu vois une personne entrer, tu vois quel genre de personne elle est. Si c'est une personne agressive, si elle aime faire des jokes ». Victor adapte son langage et son registre de langue en fonction de ce type d'observation et de la manière dont, sur le moment, il interprète les interactions. Il connaît cela « de la rue, de [son] enfance. Ce n'est pas en allant en formation que t'apprends ça ». Cela permet de désamorcer les situations tendues et constitue, à ses yeux, une forme de « prévention ». En outre, travailler sur ce site l'a amené à changer son propre regard sur les personnes en situation d'itinérance : « Ils sont ce qu'ils sont. Certains sont dans la rue et n'ont pas les moyens de s'en sortir ou ne les connaissent pas ». De son côté, Martin qui admet avoir eu « des préjugés » et « une certaine intolérance » vis-à-vis des personnes à la rue avant de travailler au site Sanguinet, a également nuancé sa perception : « Il y a des parenthèses ou il y a des nuances qui rentrent en ligne de jeu », comme le fait d'être âgé donc « plus vulnérable » ou de présenter des problèmes de santé mentale.

Alors que son mandat concerne « l'accueil, la réception, l'orientation (...), la prévention et l'intervention, *that's it!* », « l'entregent avec le monde, le côté interrelationnel » semblent des savoir-être importants pour Martin. Car pour exercer son métier dans ce qu'il appelle « un panier à problèmes », il faut savoir faire preuve de discrétion, de confidentialité et d'une bonne écoute. « S'ils me parlent de leurs problèmes, je vais écouter, mais je vais les laisser parler, j'ai une bonne oreille (...) faut pas leur dire "*Monsieur je ne suis pas intéressé, montez en haut*" [sinon] ils se fâchent. Cela prend plus que la force physique, le gabarit, les gros bras. » De fait, le recours à l'intervention physique est peu fréquent. Selon Martin, si ces situations arrivent moins régulièrement, « c'est à cause de la stabilité : ils nous reconnaissent puis ça se parle entre eux autres ». « Ça fait cinq ans que je suis là, donc ils voient tout le temps ma face, du lundi au vendredi. Ils savent que je suis là, puis des fois ça aide ».

C'est lors des moments de tension avec certains usagers qu'il convient de conserver sang-froid et contrôle de soi. D'où la nécessité d'une certaine « maturité », leur fera insister Khalid, le troisième agent d'intervention. Quand Martin se fait dire « *Hey, le gros, t'as pas réussi à rentrer dans la police ?* », préjugé fréquent envers les agents de sécurité, il doit garder son calme : « Être autoritaire, c'est pas juste crier, c'est pas juste parler fort, c'est pas juste imposer son gabarit. Être autoritaire, c'est savoir s'imposer physiquement, oui, mais avoir le contrôle de soi. Pour avoir le contrôle, faut que t'aies des connaissances ».

Par exemple, aux usagers qui s'insurgent contre les délais d'attente lors des journées « médecins sans rendez-vous », il explique le fonctionnement de la prise en charge médicale où la priorité est évaluée par des infirmières. « On est des filtres », nous dit Victor. Il devient alors essentiel de connaître l'organisation interne du CLSC, afin de les guider efficacement vers le service adapté. Les interactions et les discussions informelles avec le personnel et les usagers permettent de construire les connaissances nécessaires pour mener au mieux leurs missions.

Tisser des liens

À la demande des autres employés du site ou sur initiative personnelle, les agents d'intervention sont amenés à sortir de leur fonction. Ils peuvent

par exemple s'improviser traducteurs auprès de la clientèle, voire épisodiquement prêter main-forte pour divers problèmes techniques ou d'entretien. L'avantage réside selon Victor dans le fait de pouvoir répondre, de façon improvisée, à des besoins immédiats – ou de pallier le manque de personnel spécialisé (ex. : interprète) – en évitant de lourdes procédures administratives et des délais d'attente.

Quant au rapport à la clientèle, Martin et Victor se renvoient complaisamment la balle : l'un prendrait davantage de distance tandis que l'autre serait plus dans la dimension émotion-

nelle. Victor valorise le côté « social » ou « humain » de son travail. Passer du temps avec des personnes venant « jaser » au comptoir peut entretenir une certaine proximité. Sans pour autant être inscrites dans un rapport d'intervention sociale, ces relations

informelles ponctuelles ou quotidiennes peuvent avoir une incidence sur des trajectoires de vie. Au-delà de l'aspect anecdotique, certaines histoires racontées par Victor montrent un dépassement du rôle associé à sa fonction. Il relate ainsi le cas d'un « petit vieux, un dur à cuire » qui parlait très peu le français et qu'il a amené à recourir aux refuges et à s'alimenter, ce qu'il refusait obstinément. En lui parlant en espagnol, il devient un interlocuteur de confiance. Victor lui fait travailler sa mémoire en présentant des photos dénichées sur internet, fragments de son passé de footballeur. « C'est ce qu'il faut faire. Leur rappeler qui ils sont, d'où est-ce qu'ils viennent ». Mais tisser des



Kay Gaensler, 2010. Certains droits réservés ©

« Malgré les marques de sympathie qu'ils reçoivent au quotidien, leur implication au sein de l'institution n'est pas toujours (re)connue. »

liens avec des personnes en difficulté nécessite une certaine distance, reconnaîtra Victor, qui en a pris conscience à la suite du décès d'un itinérant auquel il s'était attaché. Il l'avait « encouragé à sortir de la drogue, de la rue et [il lui a] donné un bon coup de pied au cul ». Il souligne que si cet homme a atteint ce à quoi il aspirait – avoir un chez soi pour recevoir son fils avec qui il n'était plus en contact – cela n'a pu se faire qu'à la suite d'une thérapie et d'un suivi social assurés par les intervenants du CLSC. Son soutien informel – le côté « humain » de son travail – est présenté comme complémentaire à la pratique professionnelle de ces derniers.

L'attachement

Bien qu'ils entretiennent de bonnes relations avec les autres employés du site, Victor estime que les visées des travailleurs sociaux peuvent entrer en contradiction avec les logiques inhérentes au rôle d'agent d'intervention. Pour exemple : « Les travailleurs sociaux ne veulent pas de violence et disent "laisse-le aller, il est comme ça, ce n'est pas de sa faute. On veut travailler avec lui" [à propos d'un usager intimidant] » alors qu'il doit assurer la sécurité des autres employés qui n'ont pas nécessairement accès au dossier individuel spécifiant que la personne présente des troubles mentaux. Comme il l'ajoutera d'une manière imagée : « Eux autres [les travailleurs sociaux] accompagnent les personnes marginalisées pour sortir de la rue, nous autres, on peut être amenés à les accompagner vers la sortie ». Même si cette tendance s'atténue avec le temps, il estime qu'une meilleure concertation serait bienvenue : « Eux autres [les travailleurs sociaux], ils ont sûrement des réunions entre eux. Mais nous autres, on n'est jamais impliqués là-dedans. C'est ça le problème : on ne voit pas la même chose qu'eux autres ». Malgré les marques de sympathie qu'ils reçoivent au quotidien, leur implication au sein de l'institution n'est pas toujours (re)connue. Martin doit par exemple « parfois justifier [son] rôle » auprès de certains employés qui n'entrevoient pas que derrière le guichet, les agents d'intervention scrutent les images des caméras, assurant également la sécurité du personnel.

Ces considérations posent la question de leur statut au sein de l'établissement. Martin déplore qu'en tant qu'« agence privée mandatée par le CSSS qui est notre client », il n'ait reçu aucune formation au CSSS. C'est plutôt sa curiosité personnelle qui l'a amené à s'informer sur « le code blanc » (signalant une personne violente dans le protocole codifiant les incidents critiques). Il comprend que ce soit des « coûts extra » pour le CSSS, mais les formations offertes par GARDA ne correspondent pas forcément à la réalité du terrain. Toutefois, s'il est resté aussi longtemps en poste au CLSC, c'est qu'il ressent comme un « attachement », notamment vis-à-vis du personnel dont il connaît pratiquement tous les noms. Victor, quant à lui, a vraiment pris conscience de son statut lors d'un événement récent. En état de choc après la découverte sur le site d'une personne décédée d'overdose, il regrette que l'aide psychologique reçue se soit plutôt faite informellement, contrairement à Martin qui a trouvé cela approprié. Il explique cela par le fait qu'« on n'a pas le même statut, pas le même syndicat [que les employés du CSSS]. Je suis comme à part ». S'il pense que le volet « social » de son travail pourrait être davantage reconnu, il insiste sur le fait qu'il ne le fait « pas pour de l'argent », mais surtout, parce qu'il a « trouvé une famille ici. Pour moi, c'est unique, c'est la meilleure job que j'ai eue ». Cela fait maintenant trois ans qu'il travaille au CSSS, phénomène plutôt rare dans un métier où la rotation est de mise.

Finalement, Martin s'interroge : « Un bon agent de sécurité, c'est comme un soldat. Il suit à la lettre les directives ou c'est quelqu'un qui prend des initiatives? Les règlements sont là et ils sont là pour être suivis à la lettre, est-ce que c'est ça un bon agent de sécurité? Oui, c'est

ça. Mais il faut faire la distinction entre Sanguinet et les autres CLSC. Ici, c'est important d'essayer d'avoir un bon jugement ».

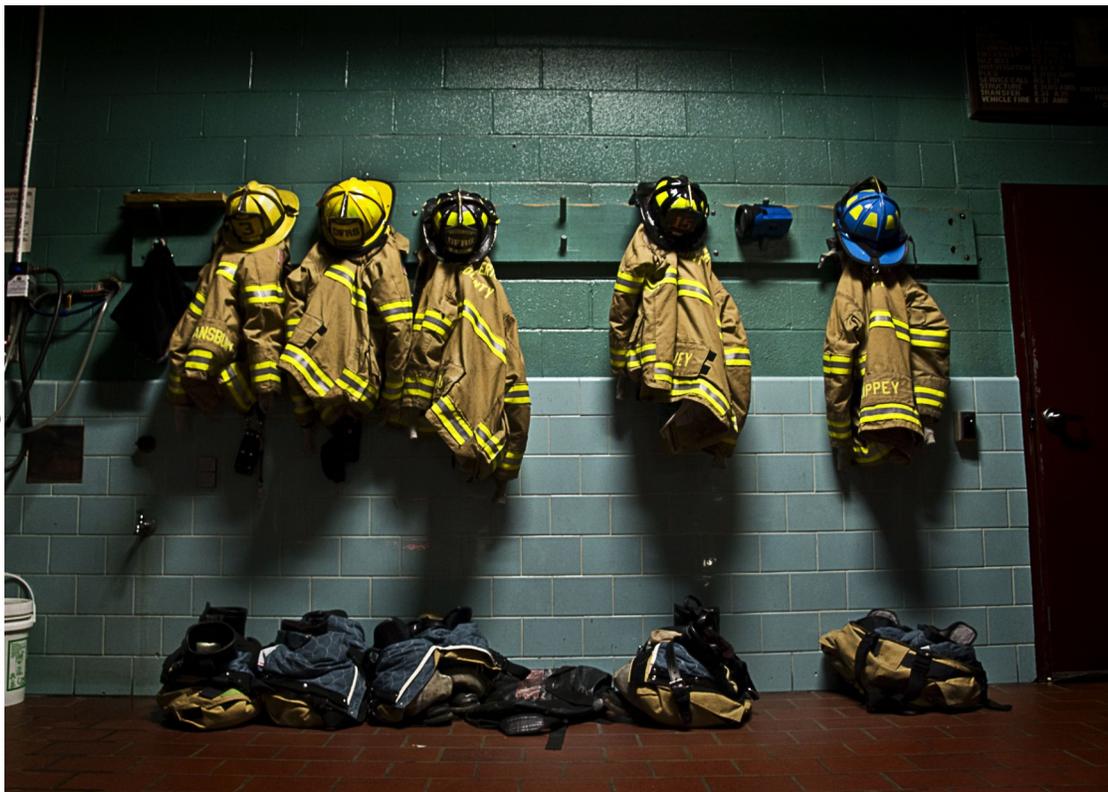
À part

En raison de la configuration des lieux et du sens qu'ils donnent à leur fonction, ces agents se retrouvent en quelque sorte aux avant-postes de services de première ligne du réseau de la santé et des services sociaux. Si la sous-traitance à une agence privée a eu lieu en partie pour des questions de spécialisation en matière de sécurité, leurs récits interrogent leur statut au sein du CSSS. Certes, les relations qu'ils entretiennent avec les employés font qu'ils auront accès à de l'information sur certains modes de fonctionnement interne ou qu'ils pourront toujours compter sur un soutien moral, mais cela se déroulera de manière informelle et interpersonnelle. Le fait que formellement ils ne soient pas impliqués et n'aient pas accès aux activités de concertation ou de formation les positionne dans une représentation limitée de leur fonction : membres à part entière du CSSS, ils restent, en un sens, entièrement à part. Finalement, leur polyvalence, s'appuyant sur différents savoirs expérimentiels, appelle une reconnaissance de leur rôle allant au-delà de la simple

intervention physique qui, en fin de compte, semble anecdotique. L'utilisation courante de la dénomination « agents de sécurité » n'est sans doute pas anodine : elle renvoie au rôle auquel ils peuvent se sentir confinés.

Note

1 : Les centres locaux de services communautaires (CLSC) font partie intégrante des centres de santé et de services sociaux (CSSS) et offrent des services de santé et des services sociaux dans leurs installations (mais aussi à l'école ou à domicile). Maillons importants du réseau public de la santé et des services sociaux au Québec, les CSSS correspondent également à un district administratif. À Montréal, le territoire du CSSS Jeanne-Mance comprend les quartiers de voisinage Saint-Louis, Mile-End, Plateau, Sainte-Marie, Saint-Jacques, Faubourg Saint-Laurent et Vieux-Montréal. Le territoire du CSSS Jeanne-Mance représente les territoires fusionnés de ses trois CLSC : Faubourgs, Plateau-Mont-Royal et Saint-Louis-du-Parc qui enregistrent de fortes disparités au niveau socioéconomique. Le CSSS offre 14 points de services sur le territoire : CLSC répartis sur plusieurs sites, clinique de médecine familiale et Centres d'hébergement accueillent des adultes en perte d'autonomie. Le site Sanguinet, au centre de la métropole montréalaise, accueille principalement une clientèle composée de personnes en situation d'itinérance, marginalisées, toxicomanes et/ou ayant des problèmes de santé mentale.



Troubles délirants, intervention policière et espace public

Sous un autre jour

DOSSIER

Ce texte fait partie d'une banque de 50 récits de pratiques d'intervention en itinérance¹. Ils ont été documentés en collaboration avec quatre Équipes Itinérance au Québec (Hurtubise et Babin, 2010) et les trois équipes cliniques du projet *Chez soi* à Montréal (Hurtubise et Rose, 2013). Ces récits de pratiques sont disponibles sur le site du CREMIS (www.cremis.ca) sous le dossier « Savoirs d'intervention en itinérance ».

Marie-Claude Rose

Professionnelle de
recherche
CREMIS

Roch Hurtubise

Professeur titulaire et
directeur
Département de service
social
Université de Sherbrooke

Membre du CREMIS

Équipe de suivi intensif
dans le milieu (SIM)

Projet *Chez soi*
CSSS Jeanne-Mance



brunotto [Still very busy], 2009. Certains droits réservés (CC)

Les personnes qui vivent en situation d'itinérance, particulièrement visibles dans l'espace public et spécifiquement ciblées par des lois, sont surreprésentées dans les tribunaux et le système correctionnel. Plusieurs personnes desservies par les équipes spécialisées en itinérance ont eu des démêlés avec la justice. Ce récit de pratique raconte diverses interventions de médiation et de sensibilisation qui visent à favoriser les conditions d'une pleine citoyenneté aux personnes desservies par l'équipe de suivi intensif dans le milieu (SIM) du projet *Chez soi* à Montréal².

À travers ce récit sont identifiées diverses formes de collaboration avec les policiers pour réduire la judiciarisation des personnes en situation d'itinérance au centre-ville de Montréal. C'est ainsi que des intervenants vont oser

demander à des policiers de participer à l'intervention. Il s'agira de faire un travail de médiation pour favoriser des rencontres entre les policiers et les personnes desservies, et d'accompagner les personnes pour régulariser leur statut juridique. Dans un premier suivi, les intervenants miseront sur un travail de prévention afin de limiter les conséquences juridiques liées aux idées délirantes que nourrit un homme au sujet des policiers. Dans le cadre d'un second suivi, un travail de concertation et de médiation auprès des policiers aura lieu pour mettre fin à la surjudiciarisation dont fait l'objet un jeune homme qui souhaite repartir en neuf. Des liens préalablement établis entre les acteurs de divers secteurs d'intervention permettront que ces démarches soient rapidement entreprises.

Réduire le délire : rencontre avec une policière sociocommunautaire

Paul souffre de schizophrénie. Il a des idées délirantes à propos des policiers, qu'il soupçonne être à sa recherche. Il est à risque de commettre des délits dans le souci de répondre à cette menace perçue. À travers son expérience de vie à la rue, il a eu plus d'une fois affaire aux policiers et il n'a pas toujours compris les charges qui pesaient contre lui.

À la suite d'un incident survenu lors d'un épisode délirant, où Paul s'en prend à un présumé policier, l'occasion sera saisie par l'équipe pour l'aider à réduire son anxiété à l'égard des policiers. Une policière sociocommunautaire, dont le mandat est de faire de la prévention et des interventions adaptées auprès de certaines populations, sera interpellée pour participer à une intervention de prévention. Cette collaboration va permettre de désamorcer une crise, de régulariser le statut juridique de Paul et de lui offrir une zone sécuritaire pour la suite.

Paul a cinquante ans et souffre de schizophrénie. Par un bel après-midi d'été, il a versé un seau d'eau sur un homme attendant dans un véhicule garé près de son domicile. La fenêtre de la voiture était ouverte. Paul, qui a un délire au sujet des policiers, se sentait espionné depuis des heures et soupçonnait le conducteur d'être un policier en civil. L'homme aspergé a signalé l'incident aux policiers. Quand ces der-

niers arrivent sur les lieux, Paul, paniqué, se cache au sous-sol de l'édifice, dans la salle des chaudières. Une fois les policiers partis, il sort de sa cachette et prend un taxi. Il part à la recherche de sa sœur et erre pendant un moment dans la ville, ne se souvenant plus de son adresse.

C'est la sœur de Paul qui nous appelle en soirée pour raconter l'incident du seau d'eau. Paul est très anxieux. Nous lui proposons d'aller dans un centre de crise, mais il refuse. Il accepte de retourner chez lui ce soir-là. Les intervenants de l'équipe anticipent l'angoisse que cet incident peut susciter chez lui et qui pourrait considérablement aggraver ses symptômes de schizophrénie. Nous l'appelons le lendemain matin pour prendre de ses nouvelles et lui demander s'il sera présent au club de marche, comme convenu. Mais Paul ne veut pas sortir de chez lui, craignant les représailles des policiers. Nous lui proposons donc d'aller le chercher à son domicile, ce qu'il accepte. Au retour de l'activité, une intervenante de l'équipe SIM le rencontre. Paul est très nerveux et craint d'être emprisonné. Elle l'assure de l'appui de l'équipe et elle lui suggère, si des policiers l'interpellent, de leur donner les coordonnées de l'équipe. Elle lui propose également de l'accompagner dans ses démarches juridiques pour savoir si quelque chose est retenu contre lui après l'incident. L'intervenante lui offre d'organiser une rencontre avec une policière sociocommunautaire du poste de quartier près de chez lui. Paul accepte.

Moins d'une semaine après l'incident, une rencontre est organisée avec la policière. Il est exceptionnel que des rencontres avec un policier se tiennent à domicile et soient aussi rapidement fixées. La cheffe d'équipe et la policière se connaissent, ce qui facilite les démarches. La policière sociocommunautaire est informée du délire de Paul et de son état de santé mentale. La cheffe d'équipe lui demande de bien vouloir regarder, par la même occasion, si Paul a un dossier judiciaire.

La policière se présente au domicile de Paul en uniforme de travail. L'objectif est de favoriser une association positive avec l'uniforme policier. Une intervenante de l'équipe est présente

« L'intervenante lui offre d'organiser une rencontre avec une policière sociocommunautaire du poste de quartier près de chez lui. Paul accepte. »

également lors de cette rencontre. La policière rassure Paul qu'il n'y a dans les dossiers du Service de police aucune consigne de surveillance de sa personne et qu'aucun de ses collègues n'a entendu parler de lui. Elle lui explique que sa dernière arrestation date de 2005 et qu'il n'y a aucun motif pour que les policiers soient à sa recherche. La rencontre permet vraisemblablement de réduire l'anxiété de Paul. À la fin de la rencontre, il semble rassuré.

Si aucune plainte n'a été portée au sujet du seau d'eau, le dossier de Paul n'est cependant pas vierge. Il a 13 amendes non payées. Pour une somme totale de près de 4000 \$. Des amendes cumulées entre 2004 et 2009, à raison d'environ deux par année, et les intérêts courent depuis longtemps. Des amendes « d'itinérants » : avoir dormi sur un banc de

parc, être entré dans le métro sans payer son passage, s'être « baigné » dans une fontaine (pour y recueillir la monnaie). Paul est désagréablement surpris. Il croyait que son temps d'incarcération en 2005 avait permis de le libérer de ses dettes.

Quelques jours plus tard, on l'accompagne au Palais de justice afin de convenir d'un arrangement pour régler la dette. On apprend alors qu'il doit payer en deux ans maximum: donc, avec des paiements minimums de près de 200 \$ par mois. Paul vit d'un revenu de l'aide sociale pour personne jugée inapte au travail. Un peu moins de 900 \$ par mois. Existe bien la possibilité des travaux compensatoires, mais, pour l'heure, Paul ne retient pas cette option, disant souhaiter payer ses contraventions comme un citoyen ordinaire.

Si la crainte de Paul est toujours là et qu'il continue de se crispier à la vue des policiers, il dira plus tard que cette rencontre l'a tranquillisé. Il a maintenant une base rationnelle sur laquelle s'appuyer : la policière lui a assuré qu'il n'était pas recherché par les policiers. Il sait aussi qu'à l'avenir, s'il arrivait quoi que ce soit, il connaît une policière pouvant lui venir en

aide et que l'équipe SIM est là également. Cette intervention a permis de réduire significativement son anxiété. L'équipe a pu le constater lorsque, quelques mois plus tard, Paul va demander à être accompagné pour entreprendre des travaux compensatoires.

Ian Sane, 2010. Certains droits réservés ©



*Sensibilisation et concertation avec des policiers pour limiter la
judiciarisation*

Alexandre, trente ans, est constamment interpellé par les policiers lorsqu'il circule au centre-ville. Il est très connu de ceux-ci et d'un service d'urgence psychosocial pour avoir été agressif et intimidant à de nombreuses reprises au cours des dernières années. Une rencontre entre Alexandre, des policiers et des travailleurs sociaux du centre-ville qui interviennent dans le cadre d'un projet de réduction de la judiciarisation des personnes en situation d'itinérance sera organisée afin d'élaborer une stratégie d'intervention en concertation. Il s'agit de permettre aux différents acteurs de changer leur regard sur Alexandre, d'aménager un espace où il ne sera pas constamment ciblé par les policiers et de lui permettre ainsi de préserver ses acquis.

À une époque, Alexandre, qui souffre de schizophrénie et de toxicomanie, a présenté un risque de dangerosité passablement élevé et il a été très intimidant pour les policiers et la population du centre-ville. Il est grand et costaud, il délire à propos de l'armée et porte des habits de combat. Il errait seul au centre-ville et se désorganisait très rapidement lorsqu'il consommait. Pendant de nombreuses années, Alexandre, bien que très malade, n'était souvent pas considéré comme « un danger imminent » pour lui-même ou pour les autres, et il n'était donc pas possible de l'hospitaliser contre son gré. Mais son impulsivité et le fait qu'il ait frappé des gens à différentes reprises sans préavis ont fait en sorte qu'il soit régulièrement judiciarisé, à titre préventif. Il a été fiché et les policiers ont pris l'habitude de l'interpeller et de lui donner des contraventions chaque fois qu'il était au centre-ville. Depuis l'âge de 18 ans, il a connu un cycle de vie à la rue, d'incarcérations, d'hospitalisations et de retour à la rue. À son entrée au projet, il est à risque d'être judiciarisé à n'importe quel propos étant donné cet historique : avoir traversé la rue au mauvais endroit, avoir craché par terre, flâner dans un parc.

Cet homme, connu pour s'être toujours désorganisé très rapidement à la sortie de ses incarcérations et de ses hospitalisations, a accepté de participer au projet *Chez soi* et d'emménager en logement. Pour une fois depuis des années, il est à jeun et les intervenants font des rencontres avec lui. Il est motivé, fait preuve d'introspection. C'est le bon moment de faire une démarche avec lui pour repartir à neuf au regard de sa situation juridique. Une rencontre est prévue avec Alexandre, une intervenante de l'équipe SIM, des policiers et des travailleurs sociaux d'une équipe spéciale du centre

DOSSIER

« Depuis l'âge de 18 ans, il a connu un cycle de vie à la rue, d'incarcérations, d'hospitalisations et de retour à la rue. À son entrée au projet, il est à risque d'être judiciarisé à n'importe quel propos étant donné cet historique : avoir traversé la rue au mauvais endroit, avoir craché par terre, flâner dans un parc. »

DOSSIER

« Alexandre s'est beaucoup livré, il a également parlé de ses champs d'intérêt, de ses projets de vie, de son intérêt pour la pêche, la chasse, le vélo. De son sentiment d'étouffement, aussi, lorsqu'il est au centre-ville. »

-ville qui vise à limiter la judiciarisation des personnes à la rue. L'objectif de la rencontre est de sensibiliser les policiers à la réalité d'Alexandre. Cette rencontre est l'idée d'une intervenante d'un service d'urgence psychosociale qui a fait de nombreuses interventions auprès d'Alexandre au cours des dernières années.

En convoquant cette rencontre, l'équipe SIM fait valoir que la dangerosité n'est pas une condition figée dans le temps. Nous souhaitons donner la chance aux policiers de voir Alexandre sous un autre jour. Nous mettons également de l'avant que

les locaux des intervenants *Chez soi* sont situés au centre-ville et qu'Alexandre devra s'y rendre régulièrement. Bien que l'équipe ne puisse pas se porter garante de sa bonne conduite, elle peut cependant témoigner qu'il est maintenant en appartement et que sa santé mentale est plus stable. Rapidement, une rencontre s'organise avec tous ces acteurs.

Au moment de cette rencontre, Alexandre nous a raconté son parcours avec beaucoup d'ouverture. Au début de l'âge adulte, quand la maladie mentale s'est déclarée, il a eu une très mauvaise expérience avec une médication qui était inappropriée pour lui. Ensuite, il n'a plus repris de médicaments. Il a vécu douze ans à la rue. Il a expliqué le cycle de ses psychoses qui se reproduisait continuellement : lorsqu'il allait moins bien, il se présentait à l'hôpital où on le gardait généralement seulement quelques heures. Alors, il retournait à la rue et se désorganisait rapidement. Il était ensuite arrêté par les policiers qui utilisaient fréquemment la contention physique pour le maîtriser afin de



Walt Jabasco, 2010. Certains droits réservés (CC)

l'hospitaliser ou de l'incarcérer. Il a parlé du sentiment de vengeance qui l'habitait à son retour à la rue pour avoir été traité avec violence. Dans ses propres mots, il a décrit la mauvaise expérience des portes tournantes des hôpitaux. Alexandre s'est beaucoup livré, il a également parlé de ses champs d'intérêt, de ses projets de vie, de son intérêt pour la pêche, la chasse, le vélo. De son sentiment d'étouffement, aussi, lorsqu'il est au centre-ville.

Cette rencontre a été l'occasion de changer les regards. Les policiers se sont dits émus d'avoir la chance de rencontrer Alexandre lorsqu'il se porte bien. Ils n'avaient jamais pu parler avec lui lorsqu'ils étaient intervenus auprès de lui dans la rue, parce qu'il était toujours trop délirant. Ils ne l'avaient jamais vu collaborer avant ce jour. D'autre part, Alexandre était à même de rencontrer personnellement des policiers dans un contexte autre que celui des arrestations répétées. Cette rencontre a été l'occasion de clarifier le rôle des policiers, de faire valoir

talisation. Parmi ses solutions, Alexandre a indiqué avoir beaucoup réduit sa consommation. Sur une échelle de dix, il l'estimait à deux ou trois, alors qu'elle avait été à dix sur dix peu de temps avant. Il a également accepté que la psychiatre de l'équipe écrive une lettre attestant qu'il désirait être retenu à l'hôpital lors d'un prochain séjour, bien qu'il puisse demander le contraire en état de psychose. Cette lettre sera gardée par l'équipe SIM et utilisée lors d'une future hospitalisation.

Enfin, une intervenante du SIM a suggéré qu'une rencontre soit organisée avec les agents du poste de police du quartier d'Alexandre. Bien que ce dernier ait refusé, l'intervenante a laissé la porte ouverte, faisant valoir qu'il s'agissait d'un filet de sécurité qui pourrait être mis en place ultérieurement.

Une intervenante de l'équipe SIM et Alexandre se sont rencontrés ensuite pour faire un retour sur cette rencontre. Alexandre était très satisfait. Il considérait maintenant les équipes rencontrées comme des organisations pouvant le soutenir et lui venir en aide au besoin.

Pourquoi accompagner les personnes dans leurs démarches légales ?

Les personnes en situation d'itinérance sont très visibles dans l'espace public. Ce sont des personnes qui dérangent parce qu'elles font du bruit ou qu'elles sont intoxiquées. L'itinérance est souvent associée à la toxicomanie, à la prostitution, qui, oui, sont des délits, mais qui sont surtout des délits que l'on voit puisqu'ils sont commis par des gens visibles. De plus, avoir des problèmes de santé mentale augmente la probabilité d'être stigmatisé et judiciairisé. Les personnes sont souvent plus vulnérables et elles sont facilement identifiables. Lorsqu'elles sont en crise, elles sont susceptibles d'avoir des comportements dérangeants et de commettre divers délits envers la personne et la propriété.

Nous accompagnons les personnes dans leurs démarches pour avoir un revenu d'aide sociale. Nous voyons à régler leurs dettes. Les accompagner à redevenir des citoyens à part entière, c'est aussi voir avec eux à leur situation légale.

qu'ils étaient là pour la sécurité du public et la sécurité d'Alexandre également. Il y a eu beaucoup de renforcement positif à l'égard d'Alexandre, à la fois de la part de l'équipe SIM et des policiers.

Un plan de crise a été élaboré en concertation lors de cette rencontre. Les policiers ont demandé à Alexandre l'autorisation de sensibiliser leurs collègues à sa nouvelle réalité. Ils ont également inscrit à son dossier électronique — auquel les policiers se réfèrent lors d'une arrestation —, que cette personne est connue et qu'elle est stable actuellement, et de communiquer avec l'équipe clinique au besoin. Les cartes des professionnels autour de la table ont été remises à Alexandre, afin qu'il appelle les équipes au besoin et qu'ils les remettent aux personnes concernées dans le cas d'une hospi-

Plusieurs ont des dossiers et des mandats d'arrêt parce que vivre dans la rue, c'est souvent vivre dans l'immédiat. Certaines personnes ne comprennent pas ce qui pèse sur elles, d'autres ne prennent pas leur probation au sérieux sachant qu'il y a peu de leviers légaux pour faire respecter leurs conditions de probation et que les délais sont longs avant d'être à nouveau convoquées en cour. Mais vient un moment où les personnes doivent se présenter en cour pour avoir brisé les conditions de la peine ; elles risquent alors d'être amenées au poste et incarcérées. Une personne incarcérée perd de nombreux acquis. L'aide sociale est coupée à la suite de l'emprisonnement et le dossier sera fermé après six mois. Les personnes perdent souvent leurs biens et leur appartement. Elles risquent également de perdre leur réseau social. À la sortie de prison, c'est souvent un retour à la rue. Et le cycle recommence. L'accompagnement des personnes dans leurs démarches juridiques et le travail de médiation auprès des policiers fait partie de leur réhabilitation sociale.

Notes:

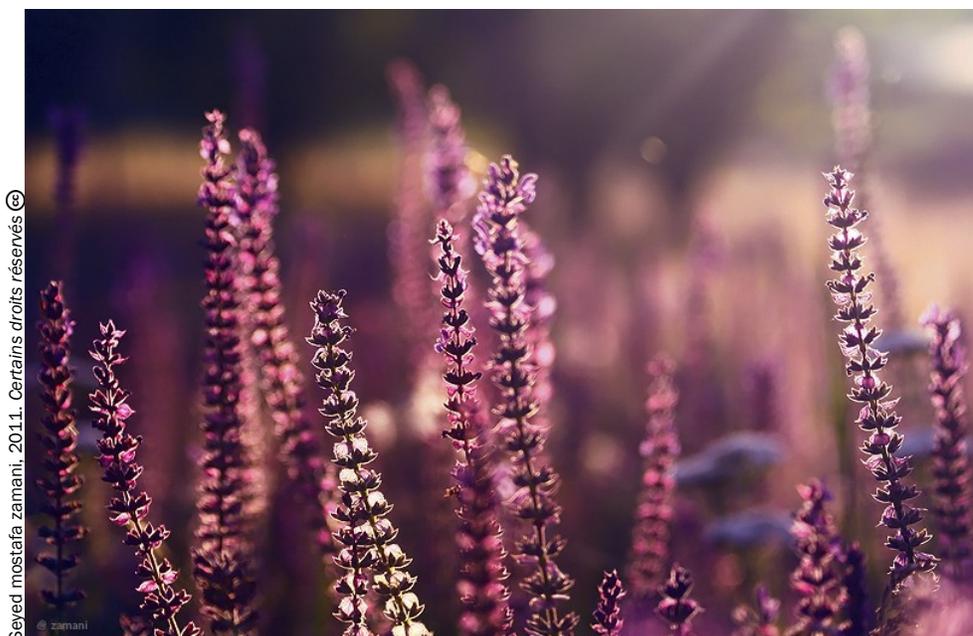
1 : Les récits de pratiques documentent les pratiques les plus prometteuses dans l'intervention en itinérance telles qu'elles ont été identifiées par le collectif des intervenants, afin de les transmettre dans divers milieux de pratique et de formation. Ces récits racontent divers apprentissages, pratiques et principes directeurs qui guident l'intervention de sept équipes multidisciplinaires spécialisées en itinérance. S'y trouve réunie la parole de travailleurs sociaux, d'infirmières, de spécialistes en toxicomanie, d'éducateurs spécialisés, de psychiatres, de médecins, de pairs aidants et d'organiseurs communautaires.

2 : Le projet *Chez soi / At home* est un projet de recherche et d'intervention sur l'itinérance et la santé mentale qui s'est tenu dans cinq villes canadiennes, entre 2009 et 2013. La philosophie générale du projet consistait à donner à des personnes souffrant de problèmes de santé mentale lourds ou modérés la possibilité d'intégrer rapidement un logement subventionné de leur choix (sans devoir passer par des étapes préparatoires), tout en leur offrant un suivi clinique et de réadaptation intégrés et personnalisés (plus ou moins intensif selon leurs besoins). Les trois équipes cliniques mises sur pied à Montréal ont desservi 280 personnes. Ces équipes multidisciplinaires réunissant près de 30 intervenants ont travaillé dans une approche du rétablissement en santé mentale. À Montréal, ce projet s'est terminé en mars 2013.

Savoirs expérientiels et sciences de la santé

Des champs à défricher

En Amérique du Nord, une personne sur deux vit au quotidien avec au moins une maladie chronique. Bien que ce chiffre illustre le défi considérable auquel doit faire face notre système de santé déjà à bout de souffle, nous vous proposons ici de le voir au contraire comme une source de créativité inattendue. C'est ce que la perspective du *patient partenaire* défend en proposant de considérer le patient comme un soignant et un membre à part entière – un partenaire – de l'équipe de soins (Karazivan, 2011).



Depuis une vingtaine d'années, les approches paternalistes des soins ont laissé progressivement la place aux approches centrées sur le patient (Stewart, 1995) qui personnalisent de plus en plus les soins selon les particularités, les valeurs et le vécu des patients (Stewart, 2000). Malgré la contribution indiscutable et significative de ces dernières (Bauman, 2003), le médecin et les profession-

DOSSIER

Philippe Karazivan¹

Médecin de famille
CSSS Jeanne-Mance

Membre du CREMIS

Alexandre Berkesse

Conseiller en management
Direction Collaboration et
Partenariat Patient
Université de Montréal

Luigi Flora

Conseiller pédagogique et
chercheur
Direction Collaboration et
Partenariat Patient
Université de Montréal

Chercheur
Laboratoire EXPERICE
Université Paris 8

Vincent Dumez

Codirecteur
Direction Collaboration et
Partenariat Patient
Université de Montréal

DOSSIER

« Alors que les professionnels de la santé sont les experts de la maladie, les patients et leurs proches sont les véritables experts de la vie avec la maladie. »

nels de la santé conservent encore le monopole du rôle de soignant. Partout dans le monde, les organisations de soins, les institutions et les universités redoublent aujourd'hui d'efforts pour engager les patients et rendre leur participation de plus en plus importante (que ce soit en réponse à des pressions institutionnelles formelles ou informelles - démarches d'amélioration continue, critères d'agrément, etc. - ou à une volonté émergente de la part des acteurs). Des initiatives récentes, telles que la prise de décision partagée (Légaré, 2012), certaines approches d'éducation thérapeutique (WHO 1998), du patient-expert et de l'autogestion (Bodenheimer, 2002 ; Lorig, 2003 ; Battersby, 2008), s'inspirent des approches centrées sur le patient et proposent de nouvelles manières d'impliquer celui-ci. La perspective du partenariat de soins s'appuie à son tour sur ces approches centrées sur le patient, mais fait un pas de plus, celui de considérer *le patient comme un soignant* faisant partie de l'équipe de soins avec ses propres compétences et limites.

Une telle reconnaissance du statut de soignant chez chaque patient soulève la question de la nature et de la légitimité des savoirs sur lesquels repose cette compétence de soins (Jouet et coll., 2012). Face à des maladies chroniques incurables avec lesquelles on doit composer pour le reste de sa vie, l'expérience de la vie avec la maladie devient une source riche de savoirs. Imaginez l'ampleur et la richesse des savoirs expérientiels accumulés par un patient hémophile qui a passé au moins 10 heures par semaine pendant plus de 30 ans (c'est-à-dire près de 15 000 heures) dans les milieux de soins, ou en tant qu'acteur de ses propres soins à domicile. Faites le même exercice avec

un mari qui a accompagné sa femme atteinte de la maladie d'Alzheimer pendant plus de 10 ans à travers les dédales d'un système de soins et de services complexes ainsi que dans son quotidien. Les exemples ne manquent pas sur notre territoire du CSSS Jeanne-Mance avec la vaste gamme des populations que nous servons : populations défavorisées, immigrantes, en situation d'itinérance, toxicomanes, etc.

Alors que les professionnels de la santé sont les experts de la maladie, les patients et leurs proches sont les véritables experts de *la vie avec la maladie*. À la *Direction Collaboration et Patient Partenaire* (DCPP) de l'Université de Montréal, nous avons choisi de permettre à ces deux univers qui cohabitent au quotidien de se rencontrer sur un terrain commun et de construire ensemble. Notre proposition : habiliter les patients à agir durablement sur les missions de soins, d'enseignement et de recherche des établissements de soins et services en mobilisant la richesse des savoirs expérientiels issus de leur vie avec la maladie et ceci, grâce à la création d'un partenariat de soins entre professionnels de la santé, gestionnaires et patients.

Intégration

Mais par où commencer ? Quels projets porteurs choisir ? Nous avons choisi pour notre part de matérialiser notre vision du partenariat de soins à travers une démarche d'amélioration continue. La nature même de cette démarche, basée sur le partage de l'expérience du processus de soins par les acteurs, nous a paru constituer le vecteur le plus approprié pour illustrer rapidement et concrètement la valeur ajoutée de la contribution des patients à l'amélioration des soins de santé. De plus, comment ne pas profiter du fait que « les soins de santé » comptent parmi les rares domaines où le destinataire du service est aussi un acteur de la chaîne de valeur (le patient assumant ses propres soins) ?



Depuis 2010, 26 équipes cliniques (par exemple, le CHSLD Centre-Ville du CSSS Jeanne-Mance et l'équipe de santé mentale du CHUM) ont été accompagnées dans leur démarche d'amélioration continue des soins et la contribution essentielle des patients fut reconnue unanimement.

Ce qui ressort le plus de cette première expérimentation du partenariat de soins au sein d'une démarche d'amélioration continue, c'est que les patients sont les mieux placés pour identifier les changements qui auront un véritable impact sur la qualité de leur expérience (DCCP 2014). Citons l'exemple du CHSLD Centre-Ville du CSSS Jeanne-Mance qui intègre depuis longtemps déjà les résidents aux plans d'intervention interdisciplinaires (PII) notamment à l'unité *Clé des champs*. La démarche initiée avec le Programme Partenaires de Soins a permis de donner une voix aux résidents et ainsi d'identifier des enjeux importants que les résidents et les professionnels souhaitent, ensemble, améliorer. Il s'agit pour eux, dans leur milieu, de mieux préparer le résident à son PII (ses attentes, les points qu'il souhaite discuter, etc.), d'intégrer aux PII le projet de vie du résident et non uniquement les objectifs des intervenants, de prioriser le résident et ce qu'il veut par rapport à notre tendance à vouloir travailler sur ce que les intervenants connaissent et ce en quoi ils croient et, finalement, d'éviter de désigner les résidents par leur numéro de chambre.

Conditions

Vous vous demandez certainement comment il est possible que l'intégration du patient dans les décisions concernant ses milieux de vie et de soins puisse constituer une

DOSSIER

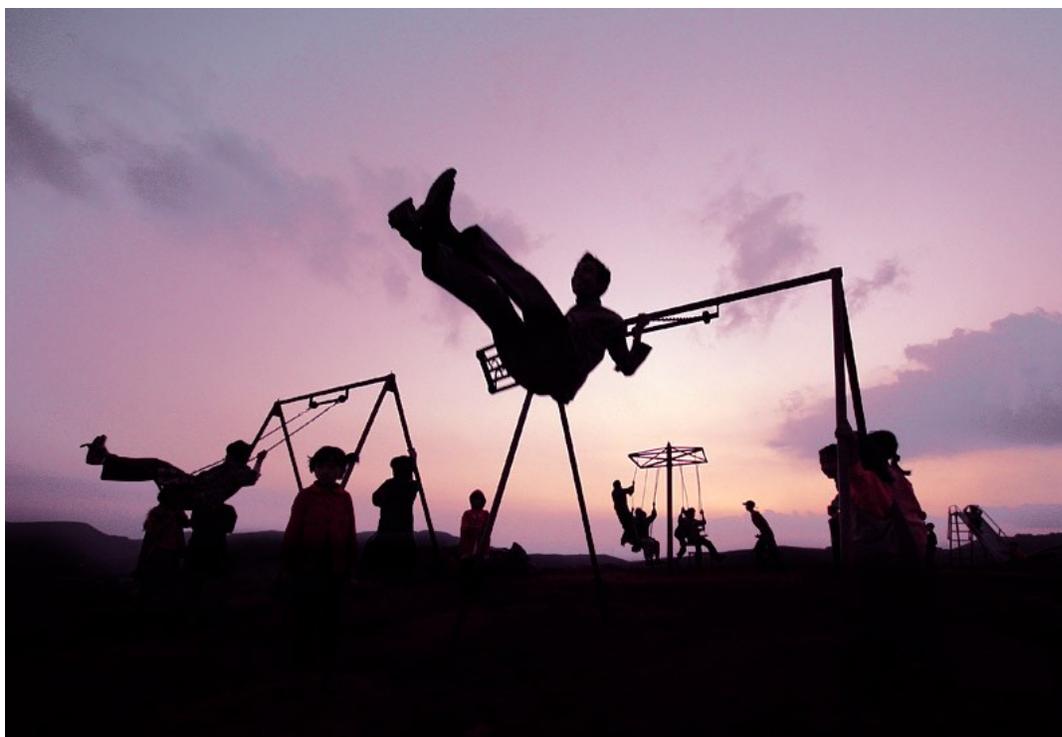
« En sciences de la santé (et particulièrement en médecine), il reste du travail à faire, des champs à défricher, des cultures à changer. »

initiative avant-gardiste ? Si, dans certains milieux, les savoirs expérientiels des patients, des proches, des personnes trouvent déjà une reconnaissance et une légitimité, en sciences de la santé (et particulièrement en médecine), il reste du travail à faire, des champs à défricher, des cultures à changer. Pourquoi, alors que toutes ces décisions concernent en finalité le patient et son projet de vie, les professionnels de santé ne travaillent-ils pas déjà en partenariat avec celui-ci et ses proches ? Nous nous sommes posé les mêmes questions et avons alors travaillé sur l'identification des enjeux culturels, organisationnels et éducatifs à l'origine de cette situation paradoxale en médecine.

À ce jour, ces travaux nous ont permis d'identifier trois conditions pour réaliser le partenariat de soins : (1) l'ancrage d'une vision du partenariat dans les soins par l'intégration de cette vision dans les valeurs et la planification stratégique de l'organisation²; (2) l'émergence et la consolidation d'une culture du partenariat dans l'organisation, en habilitant les professionnels de la santé, les gestionnaires, les étudiants au partenariat de soins³; (3) la structuration de l'engagement du patient dans les processus, en encadrant, formalisant et reconnaissant la contribution des patients aux milieux de soins.⁴

Schématiquement, nous avons donc deux cibles principales d'intervention : la culture (la tête) et les pratiques (les bras). Pour y arriver, nous avons choisi d'incarner nous-mêmes cette vision du partenariat en constituant une équipe de travail au quotidien composée de patients, de professionnels de la santé et de gestionnaires afin de pouvoir agir et construire ensemble les milieux de soins de demain.

Nos projets futurs ? Le déploiement d'une culture du partenariat avec le patient à l'échelle des organisations, l'habilitation au partenariat de soins d'un nombre encore plus important d'équipes cliniques à travers le Québec et le Canada, une contribution aux efforts du CREMIS et du CSSS Jeanne-Mance face aux inégalités sociales et de santé de nos populations, la création d'une « Université des patients » pour former, dans une perspective d'éducation populaire, l'ensemble des citoyens à devenir des patients ou des proches partenaires et, surtout,



Seema Krishnakumar, 2009. Certains droits réservés

l'initiation d'une réforme profonde de la formation des professionnels de la santé dans une vision d'humanisation des soins ; non pas dans une perspective morale pour la formation de « bons médecins plus humains », mais plutôt pour développer leur capacité à mener une pratique réflexive de la médecine et trouver eux-mêmes ce qu'ils considèrent être un bon médecin et une bonne médecine.

Notes :

1 : Philippe Karazivan est médecin de famille à la Clinique Notre-Dame du CSSS Jeanne-Mance et chercheur en éducation médicale. Il s'intéresse à l'implication et à la participation des patients dans les soins, en éducation et en recherche. Il codirige les activités de recherche sur le partenariat de soins à l'Université de Montréal avec Dr. Marie-Pascale Pomey. Alexandre Berkesse est conseiller en management et chercheur en responsabilité sociale des organisations. Il a été chef de projet pour la transformation du programme de médecine à l'Université de Montréal. Il est aujourd'hui conseiller sénior au sein de la *Direction Collaboration et Partenariat Patient* (DCPP) de l'Université de Montréal. Luigi Flora est patient vivant avec plusieurs maladies chroniques et a un PhD en sciences de l'éducation. Il est actuellement conseiller pédagogique et chercheur au sein de la DCPP et chercheur du laboratoire EXPERICE à l'Université Paris 8. Vincent Dumez est atteint de trois maladies chroniques depuis plusieurs décennies. Titulaire d'un baccalauréat en finance et d'une maîtrise ès sciences de la gestion de HEC Montréal, il s'est engagé activement dans la promotion du concept de « patient partenaire ». M. Dumez partage la direction de la DCPP avec Dre Paule Lebel.

2 : La DCPP joue un rôle-conseil auprès du MSSSQ (soins de 1re ligne, direction de la qualité, programme de lutte contre le cancer, etc.) pour le développement de lignes directrices et de politiques favorisant le partenariat patient, ainsi qu'auprès de l'équipe de direction de 30 établissements de santé au Québec pour créer une planification stratégique, une gouvernance et des conditions de travail de leurs employés favorisant le développement du partenariat de soins.

3 : La DCPP assure la formation et l'accompagnement de 26 équipes cliniques dans 16 établissements du RUIS de l'Université de Montréal dans l'implantation d'une démarche d'amélioration continue du partenariat de soins et de services. Elle sensibilise et accompagne les futurs professionnels de santé vers ce concept dès leur première année de formation et de manière longitudinale.

4 : La DCPP a élaboré le premier référentiel de «compétence patient» au monde (permettant ainsi au patient de s'autoévaluer et aux professionnels de santé d'évaluer et de suivre le développement des compétences attendues pour les patients dans les milieux de soins de santé). La DCPP vise aussi la structuration des processus de recrutement et des critères de sélection formels, permettant aux milieux de soins et services d'identifier et de sélectionner les patients avec lesquels ils vont collaborer, ce qui permet au patient de s'exprimer à la bonne place avec une dimension thérapeutique identifiée (Flora, 2012; Gross, 2014). Elle a également sélectionné et formé un bassin de 16 patients *coachs* permettant d'accompagner les nouveaux patients experts dans les

milieux qui débutent ou poursuivent le partenariat patient, ainsi qu'un bassin de plus de 150 patients experts pouvant intervenir tant dans la formation des professionnels de la santé, qu'à titre de patients ressources dans les milieux de soins, ou encore dans la recherche associée aux milieux de soins de santé et de services.

- Battersby, M.W., Ah Kit, J., Prideaux, C., Harvey, P.W., Collins, J.P. et P.D. Mills (2008). « Implementing the Flinders Model of self-management support with Aboriginal people who have diabetes: findings from a pilot study », *Aust J Prim Health*, 14: 66-74.
- Bauman, A.E., Fardy, H.J., Harris, P.G. (2003). « Getting it right: why bother with patient-centred care? » *Med J Aust*, 179: 253-256.
- Bodenheimer T, Lorig K, Holman H, Grumbach K. (2002). « Patient self-management of chronic disease in primary care ». *JAMA*, 288: 2469-75.
- Direction Collaboration et Partenariat Patient (2014), *Rapport d'étape (2011-2013) et perspectives*, Centre de pédagogie appliquées aux sciences de la santé, Université de Montréal. Accessible sur Internet à l'adresse : http://med.umontreal.ca/doc/PPS_Rapport_2011-2013.pdf, (dernière consultation le 27/02/2014).
- Flora L. (2012). *Le patient formateur : élaboration théorique et pratique d'un nouveau métier de la santé*, Thèse de doctorat en sciences de l'éducation, Université Vincennes Saint-Denis Paris 8, Campus Condorcet.
- Gross O. (2014). *Experts et expertises, le cas des patients : Contribution à la caractérisation du patient-expert et de son expertise*, Thèse de doctorat en santé publique, Université Paris Nord 13.
- Jouet, E., Flora L. et O. Las Vergnas (2010). « Construction et reconnaissance des savoirs expérientiels des patients », *Pratiques de formation-analyses*, 58-59: 13-77.
- Karazivan, P., Dumez, V. et P. Lebel (2011). « Le patient partenaire de soins: un atout pour le médecin! », *Le point en administration de la santé et des services sociaux*, 7:6-8.
- Légaré, F., Turcotte, S., Stacey, D., Ratté, S., Kryworuchko, J. et I.D. Graham (2012). « Patients' perceptions of sharing in decisions: a systematic review of interventions to enhance shared decision making in routine clinical practice », *Patient*, 5: 1-19.
- Lorig, K.R. et H. Holman (2003). « Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms », *Ann Behav Med*, 26: 1-7.
- Stewart, M., Brown, J.B., Donner, A., McWhinney, I.R., Oates, J. et W.W. Weston (2000). « The impact of patient-centered care on outcomes », *J Fam Pract*, 49: 796-804.
- Stewart, M., Brown, J.B., Weston, W.W., McWhinney, I.R., McWilliam, C. et T.R. Freeman. (1995). *Patient-centered medicine: transforming the clinical method*, Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- WHO (1998). *Therapeutic patient education. Continuing education programs for health care providers in the field of prevention of chronic diseases*, Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.

Action citoyenne et insécurité alimentaire

Le Magasin solidaire

PRATIQUES

Doris Allard est organisatrice communautaire au CSSS Jeanne-Mance, où elle travaille notamment sur des dossiers en lien avec la sécurité alimentaire. Elle raconte ici l'histoire du projet de Magasin solidaire auquel elle a été étroitement associée depuis ses origines en 2011. Elle illustre ici une démarche accompagnée par l'organisation communautaire, tant dans le soutien au démarrage du projet, d'une démarche d'empowerment, du développement d'un projet structurant pour un milieu, de la problématisation à la recherche d'une solution collective pour un besoin collectif, de la concertation et de l'aide dans la recherche de financement.

Doris Allard

Organisatrice
communautaire
CSSS Jeanne-Mance

À quelques semaines de la tenue du prochain *Magasin solidaire*, le comité opérationnalisation est réuni dans un local d'un organisme communautaire du Plateau Mont-Royal. On s'affaire à finaliser la liste des achats pour le volet épicerie. Parmi le groupe, Jocelyne, une citoyenne du quartier bien impliquée dans un organisme associé au projet, poursuit son engagement dans le

projet de *Magasin solidaire* depuis le tout début. Comme citoyenne, comme mère et comme consommatrice, elle souhaitait qu'il y ait d'autres solutions que le dépannage pour les femmes monoparentales qui, comme elle, vivaient le stress de l'insécurité alimentaire de façon récurrente. Depuis trois ans, Jocelyne contribue donc à l'organisation de chaque édition du *Magasin*. Son point de vue et sa contribution



Walt Jabasco. 2014. Certains droits réservés ©

sont précieux, car ils traduisent les besoins des personnes pour qui, principalement, le projet a été créé, puis s'est développé. Aujourd'hui, d'autres citoyens et organismes se sont joints au comité opérationnalisation, reflétant les besoins divers de la population : personnes seules, retraitées ou familles. Retour sur la genèse de ce projet collectif.

Choix et dignité

En 2005, le Forum¹ sur l'état des besoins et des ressources en dépannage alimentaire du Plateau Mont-Royal avait débouché sur plusieurs constats : des ressources peu nombreuses et inégalement réparties dans le quartier, limitées dans leurs moyens et leurs actions et ne comptant que sur quelques personnes bénévoles. Cela se traduisait par une réponse insuffisante aux besoins d'urgence. Il apparaissait nécessaire de réfléchir à une solution plus globale et durable pour les personnes en situation de précarité. Sans nier la pertinence du dépannage alimentaire, il fallait trouver une alternative pour aller plus loin. Dans cette perspective, l'idée était de garantir un meilleur accès à la sécurité alimentaire, dans ses dimensions de choix et de dignité de la personne, en associant alimentation et information et, pourquoi pas, plaisir ! Une action pour que les personnes gagnent un peu plus de pouvoir sur leur vie.

Graduellement, sous l'impulsion de citoyens, par des échanges entre les organismes du comité sécurité alimentaire et les membres de la table de concertation et par la visite de ressources ailleurs à Montréal et au Québec, le projet de *Magasin solidaire* s'est esquissé dans ses trois volets : une épicerie, où se procurer à meilleur prix des aliments nécessaires au maintien d'une bonne santé ; un café citoyen, lieu d'animation et de rencontres, mais aussi plateforme pour des projets collectifs ; et une cuisine communautaire.

L'accès

C'est par le biais de *focus groups* réalisés auprès des membres d'organismes œuvrant dans l'alimentation que la composante « épicerie » – la plus complexe du projet – s'est élaborée. Cet exercice a confirmé que les personnes à faible revenu, soumises aux mêmes discours sur la responsabilité personnelle face à la santé, connaissent les ingrédients d'une alimentation saine et souhaitent profiter de ses bienfaits. Ne pas pouvoir se procurer des aliments sains, c'est comme être relégué à un rôle de citoyen de second ordre et cela peut devenir stigmatisant. Il n'est pas valorisant de se rabattre régu-

lièrement, pour des questions de budget (en lien avec la variation des prix des aliments et, en particulier, des fruits et légumes), sur les denrées vendues au Dollarama, en sachant qu'elles sont souvent de moindre qualité. Le Plateau Mont-Royal n'est certainement pas un « désert alimentaire² » (sauf peut-être dans la partie du Mile-End) puisque bien pourvu en commerces d'alimentation : le problème n'est pas l'offre, mais l'accès économique pour une partie de la population.

Deuxième élément de complexité pour le volet épicerie : l'approvisionnement. À l'instar des entreprises commerciales, l'avenue pour pouvoir se procurer des aliments à meilleur prix est de se regrouper pour obtenir un plus grand pouvoir d'achat. D'autres quartiers à Montréal faisaient face au même défi et, avec le soutien de Moisson-Montréal, un regroupement d'achats s'est mis sur pied, le Regroupement d'achat des organismes communautaires (RAOC). Devenant membre du RAOC, le *Magasin solidaire* avait accès à des fournisseurs avec qui des prix plus avantageux avaient été négociés.

Le projet du *Magasin solidaire* était d'autant plus ambitieux, qu'il ne comptait sur aucun financement important pour son démarrage. Pour cette raison, il fallait davantage miser sur le partenariat et la concertation du milieu afin de le mettre en place et de le faire vivre : la volonté était d'en faire un projet porté collectivement. Plusieurs présentations ont été faites aux membres d'Action Solidarité Grand Plateau (ASGP) et à ceux des tables sectorielles pour faire connaître le projet, le bonifier, le valider et obtenir l'adhésion des organismes du quartier.

Depuis ses premières conceptualisations, le *Magasin solidaire* devait se situer dans la partie est du Plateau (à l'est de la rue Papineau), secteur du quartier où est davantage présente une population à faible revenu et où les organismes communautaires sont moins implantés. Le projet se voulait un pôle d'animation et de développement pour la communauté. Mais sans moyens financiers et donc, sans locaux, le *Magasin solidaire* demeurait « virtuel ». Une fois de plus, la solidarité et la débrouillardise d'un milieu sont venues donner le coup de pouce, changeant la situation. La direction du Resto-

« Ne pas pouvoir se procurer des aliments sains, c'est comme être relégué à un rôle de citoyen de second ordre et cela peut devenir stigmatisant. »

PRATIQUES

« ceux qui fréquentent le Magasin apprécient l'esprit communautaire et solidaire du projet, l'animation qui y règne, tout autant que le fait de pouvoir se procurer des aliments de base à meilleur prix. »

Plateau, une entreprise d'insertion œuvrant en cuisine d'établissement, offre d'accueillir dans ses locaux inoccupés le samedi, le volet « épicerie » du projet, une fois par mois. Un comité opérationnel se met alors sur pied, impliquant des organismes du quartier : le Resto-Plateau, les Dîners St-Louis³ et le CSSS Jeanne-Mance, via l'organisation communautaire.

Prévu à l'origine pour une période d'essai de trois mois, le *Magasin solidaire* continue, un peu plus de deux ans plus tard, à se tenir, de septembre à mars, dans les locaux du Resto-Plateau. D'avril à juin, afin de se rapprocher de la population habitant l'Est du quartier, c'est aux Dîners St-Louis que cela se passe. Chaque édition rejoint de 150 à 200 personnes en situation de faible revenu de toutes provenances (étudiants, travailleurs à petit salaire, familles, personnes âgées, etc.).

Depuis un certain temps déjà, c'est bien plus que le volet « épicerie » qui prend place chaque mois : on y trouve également des ateliers d'information tenus par des organismes du milieu, une halte-garderie, un coin café-citoyen et un kiosque de dégustations - fort populaire d'ailleurs - d'aliments préparés à partir de ce qui est en vente sur place. Outre le fournisseur principal pour les denrées non périssables, le comité opérationnel a développé graduellement d'autres partenariats. Le *Magasin* est dorénavant client d'une entreprise en économie sociale pour ses fruits et légumes frais, d'un torréfacteur pour du café équitable, d'une microentreprise en démarrage pour des légumes, herbes et miel biologiques, en saison. Un petit kiosque d'arômes, vendus en petits sachets, s'est ajouté cette année.

Depuis la première année d'opération, des sondages sont effectués régulièrement au *Magasin*, afin d'établir le profil sociodémographique de la clientèle et d'évaluer les différentes activités qui sont offertes. Il en résulte que les clients viennent principalement du quartier, qu'ils soient des retraités, des étudiants, des travailleurs ou des personnes seules. Ce sont aussi, très majoritairement, des personnes dont les revenus sont limités. Ces cueillettes d'informations nous apprennent par ailleurs

que ceux qui fréquentent le *Magasin* apprécient l'esprit communautaire et solidaire du projet, l'animation qui y règne, tout autant que le fait de pouvoir se procurer des aliments de base à meilleur prix.

Le *Magasin solidaire* compte une quarantaine de bénévoles très impliqués, citoyens et, à l'origine, clients pour la plupart. Ils sont au cœur de l'organisation et participent chaque année à la rencontre de bilan des activités. La promotion du *Magasin solidaire* se fait beaucoup via les organismes du quartier, les écoles ou les comités de locataires d'HLM. Dans certains cas, l'information est incluse dans le journal interne des organisations. Il ne faut pas oublier le bouche-à-oreille et la publicité que font les citoyens bénévoles autour d'eux.

Le *Magasin solidaire* est par ailleurs une occasion de réseautage pour les organismes et certains ont mis sur pied de petits projets en commun, par exemple des soupers-bénéfiques avec le Resto-Plateau ou des ateliers de cuisine collective ponctuels avec une banque alimentaire recevant surtout des hommes seuls. Des organismes achètent auprès du *Magasin solidaire* des denrées pour leurs propres activités. Le Resto-Plateau, qui est aussi une entreprise d'insertion, a intégré la réalisation des ateliers de dégustation à son programme pour les travailleurs en formation.

Bien sûr, la mission éducative du projet continue de demander du travail, de même que la volonté d'*empowerment*. Par exemple, Jean-Paul, qui est citoyen bénévole du *Magasin*, vit seul, cuisine très peu et n'a pas appris à apprêter certaines denrées. Il préférerait que soient vendus des aliments préparés en conserve. Le kiosque de dégustation contribue beaucoup à faire découvrir des aliments économiques et savoureux, comme les légumineuses, le cous-cous ou les fines herbes et épices qui aident à varier le goût. Puis, l'information circule au café citoyen entre les gens, qui s'échangent des conseils, des idées et des opinions.

Les membres du comité opérationnel ont travaillé afin de développer des outils pour la gestion des achats et des inventaires (personne n'était épicier au départ !). Ils ont pu

compter sur l'expertise des organismes partenaires dans ces domaines. Au fil du temps, il s'est avéré nécessaire d'élaborer un code d'éthique et un feuillet d'accueil pour les bénévoles, en s'inspirant de ce qui se faisait dans les centres d'action bénévole.

La survie

Un autre volet est depuis peu en incubation au *Magasin solidaire*. L'idée est de rendre plus accessible la culture à des personnes qui ont peu de moyens financiers ou qui ne fréquentent pas les lieux culturels, ou même les restaurants. À l'automne, dans le cadre du Mois du Créole, le *Magasin* a présenté une exposition d'artistes haïtiens, agrémentée de musique et de dégustations de plats d'inspiration antillaise. Sont dans les cartons de ce nouveau volet des ateliers sur l'histoire du quartier, sur les communautés immigrantes qui l'ont composé ou qui sont aujourd'hui de plus en plus présentes.

Des efforts sont à faire pour rejoindre d'autres populations susceptibles de connaître l'insécurité alimentaire, par exemple les étudiants, très présents dans le voisinage du Plateau Mont-Royal. Le dernier « Bilan Faim⁴ » de Moisson Montréal faisait en effet état que de plus en plus d'étudiants sont pauvres et ont recours aux banques alimentaires. Un regroupement de proches-aidants nous a récemment sensibilisés aux besoins de ses membres qui se retrouvent souvent dans une situation financière très précaire. Par ailleurs, les artistes et les travailleurs autonomes, très nombreux dans le quartier, vivent souvent dans des conditions économiques difficiles.

Un comité « stratégies » est à l'œuvre pour trouver un financement suffisant et stable pour le fonctionnement de base du projet. La recherche de soutien financier fait hélas partie du souci constant de nombreuses organisations communautaires et les avenues possibles sont loin de se multiplier. Si la survie du *Magasin solidaire* apparaît comme étant loin d'être assurée sur le plan financier, le projet est bel et bien intégré dans le paysage communautaire et devrait maintenir ses activités et poursuivre son développement. Et cela fait également partie du développement d'un tel projet : savoir qu'il est bon, qu'il a l'appui de tout un milieu, mais devoir constamment travailler avec les partenaires afin de lui trouver des conditions de réalisation favorables.

Notes

1 : Ce forum a été mis en place par la Corporation de développement communautaire Action Solidarité Grand Plateau (ASGP), une table de quartier qui concerte une quarantaine d'organismes des quartiers St-Louis, Mile-End et Plateau Mont-Royal à Montréal. Elle a pour mission le développement équitable, juste et solidaire de ces quartiers dans les domaines social, communautaire et économique.

2 : Le terme « désert alimentaire » fait référence aux milieux touchés par des problèmes dans l'accès à des produits alimentaires, que ce soit en termes de proximité (distance à parcourir), de diversité ou de variété.

3 : Dîners-Louis est un organisme communautaire qui intervient auprès de jeunes adultes (18-30 ans) en difficultés, en situation d'itinérance ou marginalisés du Plateau Mont-Royal et des quartiers environnants.

4 : Le Bilan Faim est un rapport socioéconomique annuel sur l'utilisation des banques alimentaires.



Autonomie alimentaire et recherche participative

Le pouvoir d'agir

HORIZONS

VaatAVEC (Vers une autonomie alimentaire pour tous AVEC les personnes en situation de pauvreté)

Lucie Gélinau

Professeure associée
Département de psychosociologie et travail social
Université du Québec à Rimouski

Professeure invitée
Faculté des sciences infirmières
Université Laval

Sophie Dupéré

Professeure adjointe
Faculté des sciences infirmières
Université Laval

Membre du CREMIS



Reji, 2013. Certains droits réservés ©

Comment bien manger lorsqu'on est une jeune famille en situation de pauvreté ? En 2010, des organismes de la ville de Québec¹ unissaient leurs forces, sous le nom du *Partenariat Solidarité Familles Limoilou* (PSFL), pour mener à bien un projet de recherche qui se pencherait sur cette question. Le PSFL réagissait ainsi à des messages véhiculés par la Santé publique autour du fait que bien manger serait essentiellement une question de connaissances et de bonne volonté. Or leurs expériences les amenaient à penser que la réalité était peut-être toute autre, puisque le fait d'être en situation de pauvreté pouvait en soi présenter, au-delà du manque de connaissances, des défis majeurs et importants d'accès aux aliments sains.

Ce constat rejoignait ceux de chercheurs. Wilkinson et Pickett (2010 : 89-102) affirment qu'il est difficile, à la lumière des données existantes, d'imputer l'épidémie d'obésité à une pauvre connaissance nutritionnelle parmi les moins instruits. En fait, l'obésité est pour eux un « enjeu de classe sociale », essentiellement lié aux inégalités croissantes de revenu. D'autres auteurs mettent en lumière les iniquités d'accès dans les systèmes de production, de distribution et de consommation alimentaires (Pine et de Souza : 75). L'exploration de la réalité de parents, via le projet du PSFL dans le cadre d'entretiens qualitatifs, vint confirmer rigoureusement leurs observations. S'en suivirent un croisement des savoirs des parents

avec ceux d'acteurs du réseau de la santé publique, un rapport (PSLF, Gélinau et al., 2011a) ainsi qu'une trousse d'animation sur le droit à l'alimentation (saine) (PSLF, Gélinau et al., 2011b) qui eurent un bon retentissement dans la région de Québec.

Lancé et mobilisé, le PSFL souhaita saisir l'occasion de l'arrivée d'une nouvelle action concertée du Fond Québécois de recherche société et culture, dans le cadre du *Plan d'action gouvernemental en matière de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale*, pour pousser plus loin leurs réflexions. Un *momentum* était présent pour conjuguer les forces vives d'organismes de lutte contre la pauvreté, de santé publique, de services en sécurité et autonomie alimentaires ainsi que du milieu universitaire, à la fois en région (Charlevoix) et dans un quartier urbain (Limoilou). Mais au-delà, il y avait aussi la volonté d'offrir une possibilité à des parents, qui s'étaient exprimés lors du premier projet, d'agir cette fois à titre de cochercheurs. Le projet Vataavec – *Vers une autonomie alimentaire pour tous AVEC* – était lancé.²

Objectifs

Dans un premier temps, 11 organisations³ travaillèrent ensemble à définir les visées et objectifs de ce projet. Trois objectifs furent identifiés.

Le premier était de mieux comprendre les motifs structurant le (non) recours de personnes exclues, aux services existants en matière d'autonomie alimentaire, ainsi qu'aux ressources de l'économie de marché. On souhaitait entendre des personnes qui n'avaient pas eu l'occasion de s'exprimer lors du premier volet, telles des personnes seules et âgées et des jeunes hommes, et effectuer le tout en comparant milieux urbain et rural.

La dimension « structurelle » est ici importante. D'une part, nous avons à l'esprit la métaphore des « escaliers roulants » du Collectif pour un Québec sans pauvreté (Labrie, 2011), illustrant un système à deux vitesses : les personnes des classes moyenne et aisée profitent de politiques et mesures en place qui leur permettent de maintenir, voire d'améliorer leur situation.

Les personnes en situation de pauvreté se retrouvent, de leur côté, trop souvent avec des mesures qui tendent à les ramener dans leurs situations de pauvreté, voire à s'appauvrir. L'exemple du double standard en matière des pensions alimentaires en est une bonne illustration. Il semblait important de mettre ces facteurs structurels en lumière.

Cette prise de position est également celle d'un nombre croissant de chercheurs. Pine et de Souza (2013 : 72;75) par exemple affirment :

« Le silence des personnes en situation d'insécurité alimentaire est aussi dû à la présomption que l'insécurité est avant tout une responsabilité personnelle et non celle de l'État (Chilton et Rose, 2009). Dans un contexte néolibéral allant s'aggravant, les problèmes de santé, d'emploi ou de logement sont vus comme des manques ou des déficiences personnelles, plutôt que dus à des facteurs structurels. [...] Les contraintes structurelles auxquelles se confrontent les communautés aux prises avec l'insécurité alimentaire, les patterns socioculturels au niveau macro et micro qui modèlent les valeurs et les comportements en lien avec la nourriture ainsi que la manière dont les communautés répondent à ces situations dans des environnements contraignants sont absents de la littérature ».⁴

Le second objectif du projet consistait, en s'appuyant sur les résultats, à croiser les regards des experts de vécu⁵, des intervenants, des universitaires, mais aussi des représentants des univers politique et agroalimentaire, afin d'identifier des pistes d'action et d'intervention mobilisatrices.

Le dernier objectif visait à mieux comprendre les défis et la portée de travailler AVEC des personnes en situation de pauvreté comme cochercheuses, à titre d'expertes de vécu. Ce

« le fait d'être en situation de pauvreté pouvait en soi présenter, au-delà du manque de connaissances, des défis majeurs et importants d'accès aux aliments sains. »

faisant, le Vaatavec réaffirmait sa volonté de s'inscrire résolument dans une perspective de recherche-action participative.

Recherche participative

L'univers de la recherche n'est pas monolithique. Il est traversé par différentes communautés de pratiques. Certaines critiquent l'affirmation que l'univers social peut être compris et saisi objectivement, à la condition que les chercheurs universitaires se donnent les moyens d'y parvenir, à l'aide de méthodes scientifiques appropriées. Pour d'autres, dont nous faisons partie, le fait même d'aborder la réalité à partir d'une posture d'expert académique pose problème. En tant que chercheurs, à moins d'avoir une histoire de vie inscrite dans des réalités de la pauvreté, nous sommes la plupart du temps étrangers à cette réalité. On risque fort alors de penser la pauvreté à partir de nos préconceptions. La connaître intimement ouvre aux possibilités d'élargir la compréhension, d'identifier de nouvelles avenues. En d'autres mots, les personnes les mieux à même d'éclairer un phénomène sont celles qui le vivent. D'où l'intérêt de travailler, pour mieux comprendre la question de l'insécurité alimentaire de personnes exclues, à la fois avec des organisations du milieu et des personnes en situation de pauvreté, non seulement comme sujets de recherche, mais comme cochercheuses. Dans le domaine de l'insécurité alimentaire, de plus en plus de voix se font entendre pour préconiser de telles approches (Pine et de Souza, 2013; CEPE, 2009; Knezevica et al., 2014). De façon générale, d'autres, comme Lamoureux (2013 :49), appellent à « penser la construction de l'Universel à partir du point de vue de ceux et celles qui ont été ou en sont toujours exclues ».

Mais qu'est-ce qu'une recherche participative? Une recherche participative vise la production de connaissances nouvelles en reconnaissant la possibilité à des chercheurs « non patentés », c'est à dire se reposant sur des expertises autres qu'universitaires, de participer à cette production. La recherche-action participative vise essentiellement à œuvrer ensemble, toutes expertises confondues (savoirs investis et institués), à mieux comprendre une problématique. Et ce, en cherchant à répondre à qua-

tre droits inscrits au cœur même de sa démarche : le droit de parole, le droit de produire, le droit de penser et le droit de Cité.

Droit de parole

Nous avons cherché à mettre en place des stratégies de collecte de données qui permettraient aux personnes en situation d'exclusion de nous faire part de leurs expertises et de leurs analyses de leur situation. Ici aussi, aux dires de certains (Knezevic et al., 2014), peu de chercheurs se seraient lancés dans cette aventure dans l'univers de l'insécurité alimentaire. Nous avons cherché de nouvelles avenues pour rejoindre les personnes et les conforter dans leur décision de participer. La présence d'expertes de vécu comme cochercheuses semble avoir joué ici un rôle central, par les mots employés, mais surtout par le fait de réaffirmer par leur présence, que leurs paroles d'exclu-E-s seraient réellement entendues et considérées.⁷ Nous avons cherché à penser des outils de collecte qui décroissent les points de vue. Pour ce faire, nous avons, par exemple, mis en place une stratégie de cartographie participative : cartographier collectivement le territoire sur lequel les participants évoluent et identifier ainsi l'ensemble des ressources auxquelles on se réfère lorsque ça va bien et lorsque les revenus sont plus limités voir absents. En nous appuyant sur la carte qui prend forme sous nos yeux, en échangeant avec les autres, nous prenons ainsi connaissance et conscience de mécanismes structuraux. Au-delà de nos expériences personnelles, quelles sont les possibilités d'action et les mo-

tifs de nos choix ? C'est « l'escalier roulant » du collectif pour un Québec sans pauvreté qui prend ainsi forme devant nos yeux.

Droit de produire

Une attention toute particulière a été portée à la mise en place d'une structure et des pratiques favorisant le faire ensemble « AVEC » (Vaatavec, 2014). Nous avons cherché à y systématiser les savoirs, les savoir-faire, les savoir-être et les outils qui ont été élaborés et



Jonathan Kos-Read, 2011. Certains droits réservés ©

observés en cours de projet, afin de soutenir et maximiser la participation des personnes en situation de pauvreté comme cochercheuses, tout en assurant la production de savoirs rigoureux. Des pratiques semblent avoir été particulièrement porteuses, telles la rédaction collective d'une entente de collaboration précisant la vision commune, les valeurs, les visées et principes du projet ainsi que du AVEC; la mise en place d'un accompagnement individualisé, inspiré de l'approche du développement du pouvoir d'agir, qui tient compte des réalités, défis, forces et aspirations de chaque acteur; la mise en place de formations et d'espaces d'expérimentation pour tous; la création d'espaces pour « ventiler » ; l'établissement de mécanis-

HORIZONS

« En tant que chercheurs, à moins d'avoir une histoire de vie inscrite dans des réalités de la pauvreté, nous sommes la plupart du temps étrangers à cette réalité. On risque fort alors de penser la pauvreté à partir de nos préconceptions. »

mes de suivi adaptés pour pallier les absences et assurer une continuité dans le temps.

Ces stratégies ont été bénéfiques pour les expertes de vécu, mais aussi pour l'ensemble des acteurs. Faire AVEC n'est pas seulement de soutenir « l'autre », à risque de reproduire ainsi une vision de *dé-empowerment* au sein même de la dynamique de recherche. C'est aussi se soutenir mutuellement et mettre en lumière notre commune humanité, au-delà des rapports de pouvoir.



Thomas Hawk, 2012. Certains droits réservés ©

Droit d'analyse

« Les participants s'inscrivent d'emblée dans une perspective globale de lutte contre la pauvreté, de questionnement des politiques agroalimentaires et de la place qui leur est accordée dans les prises de décision qui les concernent. »

En ce qui concerne le droit d'analyse, une attention particulière a été portée à l'analyse AVEC les expertes de vécu. Coanimer ensemble lors des entretiens collectifs et des rencontres d'équipe, et poser des questions qui éclairent la réflexion, s'inscrivent déjà dans une première démarche d'analyse. Lire ensemble le corpus de données et mettre en lumière des dynamiques d'entretien ou des contenus en est une seconde. Penser ensemble aux motifs sous-jacents en est une autre. Cette analyse AVEC nous a permis de mettre le doigt sur des dimensions clefs qui, au premier coup d'œil, n'avaient et n'auraient peut-être pas attiré l'attention des chercheuses universitaires et des expertEs de la pratique en lien, par exemple, avec des savoirs d'autosubsistance ou la disqualification sociale⁸. Le projet de recherche a ainsi pu bénéficier d'une plus grande profondeur et finesse d'analyse.

Droit de cité

Le « droit de cité » réfère à la propriété intellectuelle des résultats obtenus et de leur utilisation par tous les acteurs, tenant compte des contextes et des enjeux sociopolitiques. Des ententes sont prises, par exemple, quant à

l'ordre du nom des auteurs, ce qui est crucial dans le monde de la recherche, et pour assurer la pérennité, dans les milieux académiques, de la recherche-action participative comme approche. Le droit de Cité réfère à l'intérêt de coécrire ou encore de valoriser les résultats ensemble. Chaque membre du *Vaatavec* peut ainsi prendre le leadership d'une diffusion avec le soutien de l'équipe; une étudiante, une experte de vécu ou un praticien, peut présenter seul un projet d'écriture au même titre qu'un chercheur universitaire. Des mécanismes pour réviser des écritures à une main ont été mis en place. Par exemple, chaque membre, à l'aide de surligneurs (jaune, vert et rouge), identifie les parties qu'il conserverait ou écarterait, dans le respect des données et de la rigueur du processus. Ce sont les discussions qui s'en suivent qui sont inspirantes, nous permettant de nommer les logiques selon les choix réalisés, en tenant compte des milieux de publication. Ou encore oser penser à de nouveaux modes de valorisation des connaissances. La création, par exemple, d'un portfolio porté par les expertes de vécu, nous a permis de conserver avec force et créativité la mémoire du projet et de ses événements marquants.

L'intelligence à l'œuvre

Au final, c'est la complexité qui a été mise en lumière par les participants. L'insécurité alimentaire est perçue comme un espace traversé à la fois par des logiques caritatives, de politiques publiques, d'action collective, de lois de l'économie de marché ainsi que de développement durable. La réflexion ne peut se limiter à la question du recours ou du non-recours à des sources d'approvisionnement alimentaires⁹. Les participants s'inscrivent d'emblée dans une perspective globale de lutte contre la pauvreté, de questionnement des politiques agroalimentaires et de la place qui leur est accordée dans les prises de décision qui les concernent. Les questions corollaires soulevées sont celles liées au pouvoir : le pouvoir de se nourrir, le pouvoir de choisir ses aliments, le pouvoir de les produire avec dignité et respect.

L'analyse des personnes en situation de pauvreté rencontrées sur le terrain, ainsi que celle des cochercheuses - expertes de vécu, est systémique. Des liens complexes sont établis entre les dimensions économiques, politiques, physiques et socioculturelles. Des réflexions ont cours sur les savoirs d'autosubsistance en perte, sur la crise du lien et la disqualification sociale ainsi que sur le regard des autres et les préjugés. Cette analyse a ouvert sur une nouvelle définition élargie de l'autonomie alimentaire, mettant en lumière le pouvoir d'agir des individus, mais également des collectivités sur et dans le système alimentaire (Bélisle et al., en préparation). Inspirant. Si ce n'est du fait de dépasser la simple responsabilité et responsabilisation des personnes en situation de pauvreté en matière d'insécurité alimentaire, et de voir, dans ce processus AVEC, l'intelligence à l'œuvre¹⁰. Chemin faisant, ensemble on va plus loin.

Notes :

- 1 : L'évasion St-Pie X, Les Ateliers à la Terre du Centre Jacques Cartier ainsi que Mères et Monde
- 2 : Le projet est porté au niveau académique par Sophie Dupéré, Faculté des Sciences infirmières de l'Université Laval.
- 3 : En ordre alphabétique : Les Ateliers à la Terre, ATI de Limoilou, ATI de Charlevoix Est, La Bouchée Généreuse, Collectif pour un Québec Sans Pauvreté, CSSS Vieille-Capitale, Direction de santé publique de la Capitale nationale, L'évasion St-Pie-X, Mère et monde, Moisson Québec, Université Laval (Dpt des Scien-

ces infirmières – programme de santé communautaire) ainsi qu'une chercheuse autonome et des experts de vécu.

4 : Traduction libre

5 : L'expression « expert de vécu » réfère aux personnes qui, du fait de vivre la pauvreté et l'exclusion sociale, en arrivent à acquérir un savoir d'expérience. Ce savoir donne accès à une perspective unique, d'une rare richesse, qui permet d'affiner la compréhension des enjeux.

6 : Voir notamment, Gélinau, Dufour et Bélisle (2012). Quand recherche-action participative et pratiques AVEC se conjuguent : enjeux de définition et d'équilibre des savoirs. *Revue de l'ARQ*.

7 : Il ne faut pas passer sous silence toutefois l'importance conjugée des intervenantEs et de la présence du lien de confiance instauré, avec les années.

8 : Voir notamment au sujet de la disqualification sociale les écrits de Serge Paugam.

9 : Les résultats mettent néanmoins en lumière des obstacles au recours aux services d'aide et viennent nourrir la réflexion afin de les bonifier.

10 : Pour en savoir plus, voir Dupéré et al. (2014), *Vers une autonomie alimentaire pour tous : Agir et Vivre Ensemble le Changement*, FQRSC, programme « Actions concertées ».

CEPE (2009). *Prendre la mesure de la pauvreté. Proposition d'indicateurs de pauvreté, d'inégalités et d'exclusion sociale afin de mesurer les progrès réalisés au Québec - Avis au ministre, Centre d'étude sur la pauvreté et l'exclusion, gouvernement du Québec*. http://www.cepe.gouv.qc.ca/publications/pdf/Avis_CEPE.pdf ;

Knezevica, I., Hunther, H., Watt, C., Williams, P. et B. Anderson (2014). « Food insecurity and participation. A critical discourse analysis », *Critical discourse studies*, 11: 2.

Collectif Vaatavec (2014). *L'AVEC, pour faire ensemble. Un guide de pratiques, de réflexions et d'outils*.

Labrie, V. (2011). *Un atelier sur les inégalités avec la métaphore des escaliers roulants. Trousse d'animation*, Québec : Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé.

Lamoureux, D. (2013). *Le trésor perdu de la politique. Espace public et engagement citoyen*, Montréal : Écosociété.

Pine, A. M. et R. de Souza (2013). « Including the voices of communities in food insecurity research: An empowerment-based agenda for food scholarship », *Journal of Agriculture, Food Systems, and Community Development*, 3(4): 71-79. <http://dx.doi.org/10.5304/jafscd.2013.034.007>

PSFL, Gélinau, L., Bélisle, L. et al. (2011a). « Nous sommes riches d'être pauvres ». *Expertises de familles en situation de pauvreté sur les saines habitudes alimentaires et propositions aux acteurs de la santé publique*. (Disponible sur <http://www.mereetmonde.com>)

PSFL, Dufour, É., Jalbert, M., Gélinau, L. et al. (2011b). *Pour que le droit à l'alimentation (saine) devienne réalité. Trousse d'animation pour passer collectivement de l'insécurité alimentaire à la saine alimentation*.

Wilkinson, R. et K. Pickett (2010). *The spirit level. Why equality is better for everyone*, London : Penguin Books.

Le Revenu (français) de solidarité active et les impensés de la participation

Appels d'air

HORIZONS

Claire Autant-Dorier

Centre Max Weber
Université Jean Monnet
Saint Étienne

Élodie Jouve

Chercheuse associée
Centre Max Weber



Instant vakantie, 2012. Certains droits réservés ©

Le Revenu de solidarité active (RSA) a été institué en France en 2008.² En voulant favoriser l'insertion plutôt que l'assistanat, le RSA vise à mettre les personnes en mouvement, les rendre « actives », y compris dans des emplois de second ordre, selon les principes du *workfare*. Pour recevoir le RSA, chaque personne doit signer un contrat d'insertion et s'engager à respecter certains engagements en matière, par exemple, de formation et de recherche d'emploi. Parallèlement, la participation des bénéficiaires est prévue aux instances d'orientation, aux équipes pluridisciplinaires responsa-

bles du traitement des dossiers problématiques et à l'évaluation du dispositif. Or, lors d'une recherche-action que nous avons effectuée pour le Conseil général de la Loire en Région Rhône-Alpes et l'AGASEF³, une association qui accompagne certains allocataires (terme que nous privilégions par rapport à celui de « bénéficiaires »), nous avons constaté que l'application de la loi entraîne un ensemble d'incohérences et d'inutilités.⁴ Nous revenons dans ce texte sur ces constats, ainsi que sur des voies possibles pour que les impératifs législatifs prennent corps et sens dans la pratique concrète.

Opacité

Le premier constat concerne l'opacité du dispositif. L'absence de maîtrise ou de prise sur ce

qui s'y déroule, place les allocataires dans une situation d'inertie. Cette passivité subie se combine à l'injonction à être acteur de son parcours d'insertion. Or, ce parcours peut être labyrinthique et les allocataires rencontrés ont des difficultés à nous tracer les lignes des possibles qui s'offrent à eux. Connaissant peu les formations qui leur sont accessibles et les moyens de financement, ils s'en remettent à la personne responsable de les suivre, dont ils n'identifient pas tous le rôle. Cette absence de connaissance du dispositif, de ses liens avec d'autres, des offres disponibles et de leur validité – nombreux sont ceux qui sont déçus des formations octroyées – fait écho au lien fait par Foucault (1977) entre savoir et pouvoir : le premier étant la seule voie d'accès à une meilleure maîtrise de son cheminement et à une (re)prise de pouvoir sur son propre devenir. C'est d'ailleurs la « volonté de savoir » comment les choses se passent qui a motivé nombre des allocataires rencontrés à participer aux équipes pluridisciplinaires. La distance entre les allocataires et le dispositif peut renforcer le sentiment d'obligation et de contrainte et semble freiner l'instauration d'une co-construction du parcours d'insertion.

Le « tribunal »

Les équipes pluridisciplinaires sont responsables de l'examen, de la réorientation ou de la suspension des dossiers d'allocataires. Elles ont tendance à être vécues comme un petit tribunal plus qu'un espace d'exercice de la citoyenneté. Même quand ils sont informés de la tenue de ces équipes et de leur organisation et sont familiers avec les procédures, les allocataires qui y participent en tant que « représentants », n'arrivent pas à définir leur rôle de manière précise ou concordante. L'un d'eux se présente comme « délégué », les autres ne parviennent pas à donner un contenu à leur rôle. Ces mêmes allocataires précisent que les situations sont très diverses, qu'il n'y a pas « un » allocataire du RSA mais « des » parcours dont la pluralité pose question quant à la notion de « représentation par le vécu » du RSA. Les allocataires ont ainsi du mal à apporter leur point de vue : soit ils se contentent d'acquiescer à ce qui est dit, soit ils se montrent plus sévères que les professionnels, comme si le

soupçon d'être un « mauvais allocataire » pouvait être contaminant et qu'en refusant la sanction, on devienne complice des manquements d'autrui.

Du côté des professionnels et des responsables du Conseil général, la participation des allocataires aux équipes pluridisciplinaires (ou, plus largement, à d'autres instances du dispositif) est vue comme la possibilité pour eux de reconquérir leur citoyenneté. Or, malgré le fait que d'être « allocataire » les institue en sujet de droit, ils peuvent être vus comme des citoyens imparfaits, inaccomplis, qui devraient fournir les preuves d'une citoyenneté perdue qu'on ne demande pas aux autres. En participant aux instances, les allocataires écarteraient de tels soupçons.

Nous avons constaté dans les instances du RSA, comme dans nos échanges en comité de pilotage, un flou et des désaccords sur ce statut de représentant : s'agit-il de « représentativité », d'être un porte-parole ou de fournir une expertise d'usage ? L'épreuve de la légitimité des représentants est un enjeu incontournable de la participation.

Angle mort

La loi pose « le principe large d'une participation effective des personnes intéressées à la définition, la conduite et l'évaluation des politiques d'insertion ». Là encore, peu de précisions ou d'orientations sont mises à la disposition de ceux qui ont à charge l'application de la loi. Cela devrait permettre d'expérimenter, mais l'évaluation du dispositif par les allocataires est restée un des angles morts de la participation

dans la Loire. Il ne semble pas y avoir de place faite à l'évaluation du dispositif par ou avec les allocataires.

D'autres voies

À la lumière de ces analyses, nous avons fait des propositions pour « améliorer la participation », par exemple, par une meilleure information donnée aux personnes, par une définition plus claire du statut de représentant, par la mise en place d'un groupe ressource et par l'accompagnement dans l'identification des acquis de l'expérience de la participation. Lors de la restitution de nos analyses, celles-ci n'ont pas été récusées, mais elles n'ont pas été réellement entendues non plus. Les contraintes du dispositif lui-même et les faibles dispositions des partenaires institutionnels à nous entendre semblent insurmontables. Notre conviction est qu'il serait plus sain de s'appuyer sur des collectifs extérieurs au dispositif (associations de chômeurs, collectifs de défense des allocataires) dans lesquels un réel « pouvoir d'agir » consistant et significatif se développe et dont les participants viendraient contribuer aux instances proposées. Mais cela n'est pas imaginable pour les partenaires institutionnels, d'autant plus que la participation des usagers semble parfois une invention pour éviter ce type de contribution « de l'extérieur ». Fallait-il arrêter la recherche ou y avait-il d'autres « faires » possibles à « l'intérieur »?

Le collectif

La loi semble circonscrire la participation en des espaces relativement bien définis : les équipes pluridisciplinaires et les lieux d'évaluation du dispositif. Une application efficiente de la loi demande d'étendre la participation à d'autres lieux

faisant partie du dispositif. Nous avons donc cherché les interstices au plus près des pratiques des professionnels en interne et, par la suite, avons mis en lien ces professionnels avec ceux d'une région voisine, aux prises avec les mêmes difficultés et les mêmes questionnements, mais engagés dans des actions de type collectif. Cet échange entre pairs a permis d'aborder, de manière constructive, la question de l'échec des expérimentations. Il a fonctionné comme un appel d'air pour les partenaires présents et notamment pour la conseillère technique insertion qui va dès lors s'engager plus fortement dans la recherche-action.

Au retour, Élodie Jouve, chercheuse membre de notre équipe a pu s'inscrire dans deux actions collectives que des professionnels du service insertion menaient de façon quasi « clandestine ». Elle identifie avec eux la portée de leur action, ce qui permet de la faire reconnaître, avec, comme résultat, que l'action collective ait été inscrite dans les axes du projet de service. Enfin, il est proposé d'intégrer des stagiaires de l'Institut de formation en travail social qui ont à réaliser au cours de leur stage une intervention sociale d'intérêt collectif – pratique qui était tombée dans l'oubli et qui est revenue au programme. Nous décidons de mettre en place un groupe de suivi qui viendra soutenir aussi bien les stagiaires que les professionnels qui ne sont pas tous à l'aise avec ce type de démarche. Cette expérience partagée par les professionnels et les stagiaires



évacue certaines craintes comme l'appréhension de la proximité avec les allocataires. Le groupe permet une montée en généralité et le dépassement des problématiques individuelles, sans les effacer pour autant. En somme, cette expérience vient entériner les aspirations et intuitions d'une grande partie des référents en leur accordant une nouvelle légitimité.

Statut

L'équipe de recherche a proposé aussi de se saisir du renouvellement des représentants des allocataires dans les équipes pluridisciplinaires (la durée de trois ans légale arrivant à échéance) pour penser ce mandat, son contenu, ses conditions et, de fait, les modalités de renouvellement. Nous avons ainsi identifié l'existence d'un statut juridique de « collaborateur bénévole » pour régler d'abord des questions pratiques. Ce qui est intéressant n'est pas tant ce que cela a changé, mais la prise de conscience du problème que cela a permis. Ainsi, cette tentative révèle les difficultés plus qu'elle ne les résout en affichant de manière assez brutale l'impensé du statut de représentant, la natu-

re du mandat qui lui est associé et, par ricochet, le manque de considération accordée aux personnes qui exercent ce mandat. Or, pour les représentants, ce statut prend toute sa consistance, et certains commencent à la revendiquer timidement, rappelant qu'ils sont « collaborateurs », comme pour assurer une assise à leur rôle, souvent délégitimé, de représentant. Du côté du Conseil général, la prise de conscience de l'insuffisance du statut illustre l'avancée des réflexions autour de la participation.

Une autre autonomie

Du côté de l'association qui accompagne des allocataires (l'AGASEF) et qui a été un moteur dans le projet de recherche-action, l'équipe de direction est enthousiaste et volontariste. Mais comment développer l'action collective et la participation sans en faire une injonction qui s'impose aux professionnels, produisant l'inverse de ce que l'on tente de créer ? Sur le terrain, ceux-ci sont pris dans les mêmes contraintes du dispositif. L'association expérimente une première action collective, avec un projet de film témoignage sur le vécu de la précarité, mais le groupe s'étiole vite : il ne reste plus qu'un participant qui joue davantage son insertion personnelle face aux professionnels. Pourquoi s'impliquer si on a rien à y gagner ? La directrice de l'association décide alors de mobiliser son conseil d'administration : l'idée est de faire travailler ensemble les usagers (et pas seulement des allocataires puisque l'AGASEF a aussi d'autres services) et les administrateurs pour penser les problématiques de fond qui traversent le projet de l'association.

Quelques mois plus tard, ce qui n'était que la salle d'attente de l'association devient un lieu de rencontre que s'approprient les usagers. L'association note que ce processus de réflexion, accompagné de changements de pratiques et d'habitudes, provoque une repolitisation et un réengagement des professionnels,

*« comment développer
l'action collective et la
participation sans en
faire une injonction
qui s'impose aux
professionnels,
produisant l'inverse de
ce que l'on tente de
créer ? »*

redonnant sens à leur mission. Un projet transversal se met en place sur la question de l'isolement, avec une nouvelle recherche-action – dans laquelle nous sommes en train de nous engager – portant sur la désaffiliation et l'action communautaire.

La loi instille un décalage entre l'individualisation des suivis et la participation de ces mêmes individus aux instances d'orientation et de traitement des dossiers. Le RMI, puis le RSA ont pour principe l'établissement d'un contrat entre la personne et son référent de façon à accompagner son projet. Mais si l'intention initiale était de reconnaître des capacités d'agir aux allocataires et de valoriser leurs ressources, l'accompagnement individuel rencontre des limites. L'appel aux ressources de la personne peut tourner à l'injonction culpabilisante et la seule relation ponctuelle avec le référent ne suffit pas à rompre l'isolement. Inversement, les actions collectives semblent pouvoir produire une autre autonomie et une responsabilité davantage « capabilisante ».

Notes :

1 : Avec la participation de Isabelle Théron (Formatrice en travail social, chargée de recherche), Anne-Marie Fauvet (directrice AGASEF), Florence Planta (chef de service AGASEF).

2 : Géré par les conseils régionaux et versé par la Caisse d'allocations familiales (CAF), le RSA a été expérimenté dans 34 départements en France dès 2007 et a été étendu à l'ensemble du territoire métropolitain en 2009 et aux départements d'outre-mer (DOM) en 2011. Il remplace deux minima sociaux existants, le Revenu minimum d'insertion (RMI) pour les personnes qui n'ont pas droit à l'allocation chômage et l'Allocation de parents isolés (API). Il se substitue à certaines aides forfaitaires temporaires comme la prime de retour à l'emploi.

3 : Avec la participation de l'IREIS (institut de travail social). Financée par la Région Rhône-Alpes.

4 : Dans le cadre de cette recherche, nous avons rencontré 37 allocataires et 39 professionnels de l'action sociale (principalement des référents de parcours et des techniciens). Douze allocataires ont été rencontrés dans des associations, 22 font partie des allocataires qui ont répondu positivement au courrier du Conseil général en 2009 les invitant à participer aux équipes pluridisciplinaires et quelques autres ont été rencontrés par l'entremise de nos terrains de recherche antérieurs. Si certains ont été rencontrés dans des locaux institutionnels, la majorité des allocataires ont choisi un autre lieu de discussion : le café, le domicile (le sien ou celui d'un autre). Ces entretiens ont été doublés de phases d'observation dans les locaux des unités locales d'insertion et dans les équipes pluridisciplinaires. Les comités de pilotage de la recherche ont aussi été pris en compte comme autant de lieux d'observation.

L'« organisation communautaire » au Québec et la reconfiguration de l'État social

Le tournant

Que devient l'organisation communautaire au Québec dans le contexte de la reconfiguration de l'État social ? Dans ce texte, nous nous référons plus spécifiquement à l'organisation communautaire dans les centres de santé et de services sociaux (CSSS) qui constitue une singularité québécoise.

Qu'est-ce qu'on entend par « organisation communautaire » ? Kramer et Specht (1983, traduit par Duperré, 2007) mettent l'accent sur les « différents moyens d'intervention utilisés par un agent de changement professionnel pour venir en aide à des systèmes d'action à s'engager, à l'intérieur d'un système de valeurs démocratiques dans une action collective planifiée, dans le but de s'attaquer à des problèmes sociaux ». Cette définition de l'organisation communautaire est communément utilisée au Québec. Elle est reprise par différents auteurs (Bourque *et al.*, 2007 ; Duperré, 2007 ; Bourque et Lachapelle, 2010). On retrouve également cette définition dans le *Cadre de référence et de pratique*



karolajnat, 2007. Certains droits réservés

HORIZONS

Jean-Baptiste Leclercq

Chercheur d'établissement
CSSS Jeanne-Mance

Professeur associé
Département de sociologie
Université de Montréal

Membre du CREMIS

en organisation communautaire du CSSS Jeanne-Mance (CROC¹, 2012 : 12).

Quant à la définition de l'action communautaire, c'est celle de Lamoureux et al. (2008) qui est communément retenue : « L'action communautaire désigne toute initiative issue de personnes, de groupes communautaires, d'une communauté (géographique, d'intérêt, d'identités) visant à apporter une solution collective et solidaire à un problème social ou à un besoin commun. L'action communautaire s'actualise par des pratiques multiples et diversifiées



Thomas Hawk, 2012. Certains droits réservés

structurées autour de trois axes principaux : a) la mise en place de ressources et de services d'utilité sociale évidente, b) activités d'éducation populaire favorisant l'exercice d'une citoyenneté active, c) la formulation et la mise à l'avant de revendications sociales visant à rendre notre société plus cohérente avec les valeurs auxquelles nous adhérons collectivement » (Lamoureux et al., 2008 repris dans Bourque et Lachapelle, 2010 et dans CROC, 2012 : 12). Notons que dans la définition du CROC, le *nous* est précisé en parenthèse : *les personnes, les groupes ou communautés*. Dans tous les cas, les valeurs sont présentées comme un consensus social.

Ainsi, pour Bourque et Lachapelle (2010), l'or-

ganisation communautaire est considérée comme une pratique professionnelle de soutien à l'action communautaire : elle sert d'interface entre les « collectivités » et les services publics. Le défi pour ces auteurs est de renouveler la reconnaissance de l'organisation communautaire afin d'encourager la participation citoyenne dans une tendance à la professionnalisation constatée aussi bien dans les CSSS que dans bon nombre d'organismes communautaires, d'instances de concertation et de développement local (Bourque et Lachapelle, 2010).

Reconfiguration de l'État social

Les dernières décennies ont vu la reconfiguration de l'État social. Par reconfiguration², je me

réfère à la notion de « configuration » élaborée par Norbert Elias (1987), pour signifier que l'État social n'est pas une substance, mais plutôt un réseau complexe et enchevêtré d'interdépendances assimilables à un équilibre de tensions entre les parties (entités, groupes ou individus) d'un ensemble. La notion d'interdépendance n'exclut ni des rapports de pouvoir ni des rapports sociaux. L'utilisation du terme « État social » est préférée à celui d'« État providence » en référence à Robert Castel (1995). Ce sociologue estime en effet que cette expression est fâcheuse parce qu'elle ferait penser que l'État interviendrait avant tout comme un pourvoyeur de « bienfaits », en distribuant des oboles à ceux qui en ont besoin. Cette interprétation correspond finalement à peu de choses près à ce qui est communément considéré comme de la charité.

Dans la réalité, l'État social a toujours été limité et a laissé subsister d'importantes inégalités entre les groupes sociaux, tandis que son rôle a plutôt été protecteur contre les risques sociaux. Difficile à circonscrire de par ses multiples facettes, l'État social regroupe l'ensemble des interventions étatiques visant un certain « bien-être » social au sein d'une population. Cela peut recouvrir, par exemple, aussi bien les politiques de soutien au revenu ou à l'emploi, de santé, d'éducation ou tout ce qui a trait aux politiques sociales. L'État social s'est doté de compétences réglementaires, économiques et sociales qui ont de larges retombées au quotidien. En ce qui nous concerne, les pratiques d'organisation communautaire au sein d'un CSSS s'inscrivent pleinement dans cette reconfiguration de l'État social. Celle-ci est marquée par des processus pouvant avoir des impacts sur les inégalités sociales.

En Amérique du Nord, le Québec représente une formation sociale aux caractéristiques singulières (Côté, Lévesque et Morneau, 2007) pouvant notamment se comprendre à la lecture du lien entre protection sociale et nationalisme (Béland et Lecours, 2012). Au-delà des aspects liés au contexte linguistique et culturel, certains auteurs évoquent un certain « modèle québécois » (Lévesque, 2001, 2003). Celui-ci serait né au début des années 1960 dans le contexte de la Révolution tranquille, à partir de laquelle

est engagé un processus de modernisation politique, économique, sociale et culturelle d'inspiration keynésienne. Dans les années 1960-1970, le développement de l'État social au Québec apparaît comme une réponse aux demandes des mouvements sociaux : le budget le permet et les mouvements sociaux sont plus « étatistes » (Favreau, 2000). Ce contexte renvoie à un mode de gouvernance où l'acteur public joue un rôle prédominant (Klein, Fontan, Harrisson, Lévesque, 2010 : 237), notamment à travers le monopole étatique des services publics, qui sera remis en question dans les années 1980 alors qu'on parle d'une « crise du fordisme » ou d'une « crise de l'État providence ». Les années 1980-90 sont marquées par un frein aux services publics, des privatisations et des transformations du marché du travail, mais également par l'émergence d'un tiers secteur. Alors qu'on peut parler d'une montée du « local » et du « territorial » dans les années 1990, Favreau parle d'une « décentralisation tranquille » (Favreau, 2000).

D'une manière générale, il faut noter également l'influence des mouvements sociaux sur les politiques publiques, que ce soit à travers l'institutionnalisation d'expérimentations de la société civile ou de partenariats entre les acteurs publics et les acteurs sociaux (Lévesque, 2001). Pour Savard et Proulx (2012), avec ce nouveau partage de responsabilités entre l'État et les acteurs de la société civile, cette relation partenariale est passée progressivement de la « coexistence à la complémentarité ». Plus ré-

« il faut noter également l'influence des mouvements sociaux sur les politiques publiques, que ce soit à travers l'institutionnalisation d'expérimentations de la société civile ou de partenariats entre les acteurs publics et les acteurs sociaux. »

« *L'externalisation des politiques publiques au secteur communautaire apparaît donc comme un des éléments marquants de la reconfiguration de l'État social.* »

cemment, coconstruction et coproduction apparaissent comme les maîtres mots des politiques publiques au Québec. Il est généralement entendu que le premier terme correspond à la création et le second à l'application des politiques publiques. Certains auteurs tout en analysant les contours de ces configurations reliant l'État, le marché et la société civile y voient des vecteurs de « démocratisation » et d'amélioration des politiques publiques (Vaillancourt et Leclerc, 2011 : 116)³.

Santé et services sociaux

C'est sans doute dans le domaine de la santé et des services sociaux que ces mutations sont le plus marquantes au Québec. De fait, les organismes communautaires sont plus nombreux dans ce secteur (Savard et Proulx, 2012 : 25). Jetté (2008) s'est intéressé à la reconnaissance et au financement des organismes communautaires par le Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) en ce centrant sur le *Programme de soutien aux organismes communautaires* (PSOC) créé en 1973. On assiste ainsi à la constitution et à l'essor d'un tiers secteur formé d'organismes communautaires mettant dès lors en lumière une reconfiguration de l'État social ces quarante dernières années. En 1990, la réforme Côté, via la Loi 120, les reconnaissait officiellement, participant ainsi à leur développement. Pour Proulx, ce nouveau « mode de gestion du social » repose essentiellement sur quatre axes : « la personne au centre des préoccupations; une tendance à la régionalisation et au local; l'appel aux ressources de la communauté (les familles, les proches, les organismes communautaires); et le partenariat comme stratégie privilégiée d'intervention » (Proulx, 1997 : 27).

Plus proche de nous, en 2003, la réforme Couillard, en invitant les centres de santé et de services sociaux (CSSS) récemment créés à conclure, dans le cadre de leur « responsabilité populationnelle », des ententes de services avec leurs partenaires pour la livraison de services, y compris les organismes communautaires, s'alignait vers une certaine contractualisation de l'action publique (Savard et Proulx, 2012 : 25). Dans ce contexte, Caillouette et d'autres auteurs évoquent une « rupture » ins-

crite dans cette « réingénierie » de l'État marquant le passage d'un modèle de régulation « partenariale » à un modèle de régulation « marchande », dans lequel l'État « n'est plus tenu à un dialogue avec les acteurs de la société civile » (Caillouette *et al.*, 2007 : 462). Bourque (2004) montre également comment les Lois 25 et 83 inscrivent les CSSS et les organismes communautaires dans un rapport davantage hiérarchique de sous-traitance. L'externalisation des politiques publiques au secteur communautaire apparaît donc comme un des éléments marquants de la reconfiguration de l'État social. Toutefois, ces auteurs reconnaissent que ces relations laissent tout de même une certaine marge de manœuvre aux organismes communautaires, notamment quand il est question de coconstruction des politiques publiques. Savard et Proulx soutiennent que dans ce contexte les ententes de services n'ont finalement pas été grandement modifiées, que les relations entre les différents acteurs peuvent emprunter des modèles variés et qu'en général, on ne peut parler d'un « assujettissement des organismes communautaires aux règles et aux demandes du réseau public » (Savard et Proulx, 2012 : 28)⁴.

Le mouvement communautaire et les CLSC

La création des Centres locaux de santé communautaire (CLSC) en 1972 s'inscrit dans un

contexte de déploiement de l'État social et de développement du mouvement communautaire au Québec. Les CLSC mettent au service de la population des professionnels de l'action communautaire. L'introduction de l'organisation communautaire dans les CLSC apparaissait comme une innovation : le soutien à l'action citoyenne était considéré comme stratégie de santé et bien-être (Bourque et Lachapelle, 2010). Favreau et Hurtubise (1993 : 13) soulignent, pour leur part, que « Les CLSC sont apparus dans un contexte d'expansion du rôle providentialiste de l'État, particulièrement de sa fonction de fournisseur de services universels et gratuits, et par suite du développement des mouvements sociaux qui réclamaient, non seulement de meilleurs services du secteur public en la matière, mais aussi plus de démocratie directe dans la mise en œuvre de ces services. Aussi, la création d'organismes publics locaux qui auraient à fournir des services sociaux et des soins de santé de première ligne se fit avec la participation des travailleurs et de la population, pour créer un modèle original d'organisation ».

L'organisation communautaire est partie prenante de la dynamique d'implantation de cette « première génération » de CLSC. Pour Favreau et Hurtubise (1993 :2), l'action communautaire se déploie dans une institution publique – le CLSC – dont le « rapport à l'État a été de nature conflictuelle depuis ses origines ». Rappelons qu'au Québec dans les années 1970, on assiste à un essor des « groupes populaires » et des pratiques émancipatoires : coopératives d'habitation, garderies, radios locales, groupes de défense revendiquant des droits universels à partir de besoins localisés (par exemple, assistés sociaux, chômeurs, locataires, personnes handicapées, personnes retraitées) (Vibert, 2007 : 9).

Le réseau des CLSC est complété au milieu des années 1980 et fournit des ressources en organisation communautaire à l'ensemble du Québec : « L'organisation communautaire en CLSC a évolué comme pratique professionnelle en fonction de la transformation des communautés locales et des changements dans le réseau des servi-

ces sociaux et de santé » (Lachapelle, 2003 : 2). Favreau et Hurtubise remarquent une redéfinition des pratiques d'organisation communautaire en CLSC à la fin des années 1980 qui s'inscrit dans une reconfiguration de l'État social et un repositionnement des mouvements sociaux : « Ces tendances lourdes conduisaient à la normalisation des CLSC et de leur action communautaire : repli des mouvements sociaux (syndical et communautaire notamment), sous-traitance du secteur communautaire par le secteur public, directement ou indirectement par le seul financement d'activités complémentaires, spécialisation du secteur communautaire et des CLSC par problématiques, etc. » (Favreau et Hurtubise, 1993 : 11).

Bourque et Lachapelle balisent plus précisément une seconde phase de l'itinéraire de l'organisation communautaire dans le réseau de la santé et des services sociaux correspondant aux années 1986-2002. Cette phase est caractérisée par une certaine structuration de la profession qui se matérialise notamment par la mise en place du Regroupement québécois des intervenants et intervenantes en action communautaire en CSSS (RQIIAC). L'assemblée générale du RQIIAC de 2002 adopte le *Cadre de référence de l'organisation communautaire en CLSC* qui réactualise celui hérité des années 1990. En soutenant la reconnaissance des pratiques d'intervention collective et en affirmant les principes rendant compte de la spécificité du métier d'organisateur communautaire,



John Morgan, 2008. Certains droits réservés ©

ce cadre participe à une certaine professionnalisation « en douce » (Bourque et al., 2007 : 341).

Dans son introduction à la publication de ce document publié en 2003, René Lachapelle, alors président du RQIIAC, aborde la question de l'évolution de l'organisation communautaire en ces mots : « dans toute profession, les pratiques évoluent avec le progrès des savoirs et des moyens disponibles. En organisation communautaire les savoirs évoluent avec les conjonctures. Quant aux moyens, ils dépendent des rapports de pouvoir entre l'État et la société civile, et dans celle-ci, entre les classes sociales et les groupes sociaux. L'organisation communautaire étant une pratique de changement social, une profession qui touche le politique, toujours campée dans des rapports de pouvoir, le cadre de référence ne doit ni succomber à la tentation du manifeste politique, ni éviter le défi de s'inscrire dans cette conjoncture toujours en mouvement » (Lachapelle, 2003 : 4). Ironie du sort ou perception des changements structurels en cours, les réformes mises en place la même année donnent un sens particulier à ces propos.

L'organisation communautaire en CSSS

Les lois 25 (2003) et 83 (2005) modifient le système mis en place par la réforme Côté (1991). Quatre-vingt-quinze CSSS sont ainsi créés et sont le résultat de fusions de CLSC, de centres d'hébergements et de soins de longue durée et souvent d'un centre hospitalier. Ils sont amenés à développer des réseaux locaux de services (RLS) intégrant, entre autres, ressources publiques, privées, organismes communautaires et entreprises d'économie sociale. À ces CSSS correspondent 95 territoires administratifs et décisionnels sur lesquels les nouveaux établissements ont une responsabilité populationnelle. Ceci étant, Fleuret et Apparicio (2011) rappellent que si l'offre de services de santé de première ligne est définie localement à l'échelle de ces territoires, l'allocation des ressources et la définition des grandes orientations des politiques de santé se décident au niveau provincial.

Dans la pratique, la création des CSSS a entraî-

né une mutation du contexte de travail et du rattachement administratif des équipes d'organisation communautaire (Bourque et Lachapelle, 2010 : 111). Cela marque un tournant important pour l'organisation communautaire (Comeau et al. 2008), particulièrement en ce qui concerne la formalisation des pratiques. Bourque et Lachapelle pointent plusieurs aspects de la réforme venant modifier les pratiques de l'organisation communautaire : (1) le rôle de liaison des organisateurs communautaires (OC) auprès des organismes communautaires est modifié dans le cadre des réseaux locaux de services et de la responsabilité populationnelle⁵ ; (2) la responsabilité de santé publique et la « livraison de programmes normés et ciblés » ; (3) l'alourdissement des structures d'encadrement des établissements et l'influence de la nouvelle gestion publique⁶ (Bourque et Lachapelle, 2010 : 31).

Si la création des CSSS marque un tournant, pour ces auteurs « ce n'est certainement pas la fin de la tension permanente qui caractérise l'organisation communautaire dans les services publics, particulièrement dans le réseau de la santé et des services sociaux » (Bourque et Lachapelle, 2010 : 31). L'organisation communautaire en CSSS se situe au cœur de paradoxes et de logiques contradictoires. En effet, d'un côté, on attend d'elle qu'elle renforce la société civile et la participation citoyenne, de l'autre, elle est partie prenante dans une institution marquée par la nouvelle gestion publique axée sur les partenariats public-privé (PPP) et la privatisation. De même, elle est censée agir sur les déterminants sociaux de la santé et les causes des problèmes sociaux alors que l'action publique ne vise qu'à en gérer les conséquences. (Bourque et Lachapelle, 2010 : 137).

Notes

1 : Document en cours de publication.

2 : Le préfixe « re », renvoie aux dynamiques et processus continus qui caractérisent l'État social.

3 : Pour plus de détails concernant les enjeux liés au financement et à la gouvernance des organismes communautaires, lire la revue de littérature de Depelteau, J. (2013). <http://www.iris-recherche.qc.ca/wp-content/uploads/2013/05/Communautaire---Revue-de-littérature-Web2.pdf>

4 : Outre la participation accrue des organismes communautaires à la création et/ou au développement des politiques publiques dans les domaines de

la santé et des services sociaux, il peut être également question de partenariat avec le secteur privé si l'on s'intéresse à reconfiguration de l'État social. Voir par ex. Charles et Guérard (2011) qui reviennent sur « expérience décevante » concernant l'hôpital à but lucratif au Québec (1961-1965) ; Jetté et Vaillancourt (2011) à propos des Entreprises d'économie sociale en service d'aide à domicile (EESAD) ou Camara et Leclercq (dans ce numéro) concernant des agents de sécurité privée œuvrant en CLSC.

5 : Pour Ellyson et Bourque (2009), la mise en place de réseaux locaux de services (RLS) vise surtout l'intégration et la gestion d'une première ligne de services mieux inscrite dans le milieu plutôt que le développement de réponses innovatrices issues des communautés. « Si l'organisation communautaire en CSSS peut compter sur la reconnaissance de la profession dans le réseau de la santé et des services sociaux, la responsabilité populationnelle, la standardisation des pratiques et la hiérarchisation des services inscrivent cette pratique dans un cadre nettement plus complexe où le départage des intérêts des communautés et celui des établissements ne passe plus par les mêmes modes de gestion » (Lachapelle, Bourque et Foisy, 2010 : 4).

6 : Sur la NGP, voir Larivière (2005). Pour résumer, il s'agit d'une conception des services publics où la gestion et la production des services tend à s'inspirer du secteur privé. Dans cette optique les usagers sont reconsidérés comme des clients tandis que les partenaires autonomes (comme par ex. les organismes communautaires) sont vus comme des sous-traitants. La NPG s'inscrit dans une reconfiguration de l'État social et un contexte de restrictions budgétaires, notamment en ce qui concerne les politiques sociales. Voir également Turcotte et Bastien (2010).

Béland, D. et A. Lecours (2012). *Nationalisme et protection sociale*, Ottawa: Presses de l'Université d'Ottawa.

Bourque, D. et R. Lachapelle (2010). *L'organisation communautaire en CSSS. Service public, participation et citoyenneté*, Québec: Presses de l'Université du Québec.

Bourque, D., Comeau, Y., Favreau, L. et L. Fréchette (Eds.) (2007). *L'organisation communautaire : fondements, approches et champs de pratique*, Québec: Presses de l'Université du Québec.

Caillouette, J., Garon, S. et A. Ellyson (2007). « La gouvernance du secteur de la santé et des services sociaux : Redéfinition des rapports État-société civile », dans Fleury, M. J., Tremblay, M., Nguyen, H. et L. Bordeleau, *Le système sociosanitaire au Québec : gouvernance, régulation et participation*. Gaëtan Morin Éditeur, pp. 451-466.

Castel, R. (1995). *Les métamorphoses de la question sociale. Une chronique du salariat*, Paris: Gallimard, Folio, (rééd. 1999).

Charles, A. et F. Guérard (2011). « L'État et l'hôpital à but lucratif au Québec, 1961-1975: une expérience décevante de partenariat », *Canadian Bulletin of Medical History/Bulletin canadien d'histoire de la médecine*, 26 : 499-526.

Comeau, Y., Duperre, M. et Y. Hurtubise (2008). Les contributions de la formation à la structuration du travail social communautaire au Québec, *Pensée plurielle*, 1 : 55-66.

Côté, L., Lévesque, B., et G. Morneau (2007). « L'évolution du modèle québécois de gouvernance : le point de vue des acteurs », *Politique et sociétés*, 26, 1 : 3-26.

CROC (2012). *Cadre de référence et de pratique en*

organisation communautaire du CSSS Jeanne-Mance (En cours de publication).

Depelteau, J. (2013). *Enjeux liés au financement et à la gouvernance des organismes communautaires québécois*. *Revue de littérature*, Montréal, IRIS.

Duperé, M. (2007). *Mobilisation et action collective : enseignement d'une pratique avancée pour la formation universitaire de deuxième cycle* (grade de maîtrise en service social). Deuxième congrès international des formateurs en travail social et des professionnels francophones de l'intervention sociale, Namur, Belgique.

Elias, N. (1987). *La société des individus*, Paris: Fayard (rééd. 1991).

Ellyson, A. et D. Bourque (2009). « Projets cliniques territoriaux des CSSS et participation des acteurs de la société civile », *Organisations et territoires*, 18, 1 : 77-86.

Favreau, L. (2000). « Le travail social au Québec (1960-2000) : 40 ans de transformation d'une profession », *Nouvelles pratiques sociales*, 13, 1 : 27-47.

Favreau, L. et Y. Hurtubise (1993). *CLSC et communautés locales: la contribution de l'organisation communautaire*, Québec: Presses de l'Université du Québec.

Fleuret, S. et P. Apparicio (2011). « Essai de typologie des centres de santé et de services sociaux au Québec », *The Canadian Geographer/Le Géographe canadien*, 55, 2 : 143-157.

Klein, J. L., Fontan, J. M., Harrisson, D. et B. Lévesque (2010). « L'innovation sociale dans le contexte du « modèle québécois »: acteurs, composantes et principaux défis », *The Philanthropist*, 23, 3.

Kramer, R. M. et H. Specht (1983). *Readings in Community Organization Practice (3e édition)*, Prentice Hall.

Lachapelle, R. (2003). *L'organisation communautaire en CLSC: cadre de référence et pratiques*, RQIIAC, Québec: Presses Université Laval.

Lamoureux, H. (2003). *Éthique, travail social et action communautaire*, Québec: Presses de l'Université du Québec.

Lévesque, B. (2003). « Vers un modèle québécois de seconde génération ? » Dans Venne, M. (dir.), *Justice, démocratie et prospérité, L'avenir du modèle québécois*, Montréal: Québec/Amérique, pp. 49-69.

Lévesque, B. (2001). *Le modèle québécois : un horizon théorique pour la recherche, une porte d'entrée pour un projet de société*, Montréal: Cahier du CRISES, collection Études théoriques.

Proulx, J. (1997). *Le partenariat entre l'État et les organismes communautaires dans le cadre de la Loi 120 : L'enjeu de la complémentarité*, Mémoire de maîtrise. Université Laval.

Savard, S. et J. Proulx (2012). « Les organismes communautaires au Québec: De la coexistence à la supplémentarité », *Canadian journal of nonprofit and social economy research*, 3, 2 : 24-42.

Vaillancourt, Y., et P. Leclerc (2011). « La coconstruction des politiques publiques », *L'économie sociale, vecteur d'innovation*, 115.

Vibert, S. (2007). *La communauté au miroir de l'État: la notion de communauté dans les énoncés québécois de politiques publiques en santé*, Québec: Presses Université Laval.

SÉCURITÉ ALIMENTAIRE :

EFFETS DES INTERVENTIONS COMMUNAUTAIRES
SUR L'INSÉCURITÉ ALIMENTAIRE ET LA SANTÉ
DES PARTICIPANTS

Conférence par
Federico Roncarolo

Jeudi 15 Mai 2014
12h à 13h30

CLSC des Faubourgs
1250 rue Sanguinet
Salle 451

www.cremis.ca