

CREMIS

Revue du

Citoyennetés quotidiennes

Viellir et se loger en contexte de gentrification
Vivre sa citoyenneté
Expérimentations et compromis
Stratégies de résistance

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

PRINTEMPS 2020

Vol.12 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 de la mission Centre affilié universitaire Jeanne-Mance du Centre intégré universitaire de Santé et de Services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal affilié à l'Université de Montréal et à l'Université du Québec à Montréal.

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

Comité de rédaction: Rachel Benoît, Nadia Giguère, Baptiste Godrie, Catherine Jauzion, Lisandre Labrecque-Lebeau, Jean-Baptiste Leclercq, Christopher McAll (responsable), Guillaume Ouellet, Alexis Pearson, Nicolas Sallée.

Secrétaire de rédaction : Stéphane Handfield.

Production : Christopher McAll, Stéphane Handfield, Audrey Besnier (correction des textes).

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

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

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

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

Photo page couverture: Bernard Spragg. *Certains droits réservés.* ©



Crédit: Mark Spearman. Certains droits réservés. ©

Inégalités sociales

Discriminations

Pratiques alternatives de citoyenneté

Citoyennetés quotidiennes

«les personnes vieillissantes précaires résidant dans un quartier en gentrification [...] sont avant tout des acteurs et des actrices pouvant réagir de plusieurs manières aux mobilités et immobilités contraintes, capables d'agir, au meilleur de leurs capacités, sur les contours de leurs situations résidentielles.»

«Appréhendée [par le care], la citoyenneté devient plus subjective, ancrée au sein d'une toile de relations, entre le proche et la communauté, permettant [...] de se poser comme actrices agissantes sur le monde pour assurer sa continuité.»

«Comment s'approprier et détourner un lieu, comment co-construire une initiative portée à plusieurs, mais surtout comment imaginer d'autres formes de production artistiques et d'autres possibilités de collaboration en dehors des circuits institutionnels.»

«Alors qu'en théorie, la résistance s'incarne davantage dans les pratiques de défense collective de droits [...], en matière d'aide sociale, des formes de résistance certes plus silencieuses sont aussi développées en défense de droits individuelle.»

(suite à la page 15)

SOMMAIRE

REGARDS

La pratique d'intervention pivot en autisme: coordonner les réalités 4
Lisandre Labrecque-Lebeau

L'accès aux Centres de la petite enfance: lever les barrières 9
Isabelle Laurin, Nathalie Bigras, Michel Fournier et Vivianne Martin

DOSSIER 15
Citoyennetés quotidiennes

Viellir et se loger en contexte de gentrification: La précarité résidentielle de locataires vieillissantes à Montréal 16
Julien Simard

Récits de femmes et vieillissements: Vivre sa citoyenneté 21
Isabelle Marchand

S'engager autrement dans un projet collectif alternatif: Expérimentations et compromis 27
Mélissa Moriceau

Stratégies de résistance: La défense collective des droits à l'aide sociale 33
Elisabeth Greissler et Yann Tremblay-Marcotte

RETOURS

«On ne peut pas être en santé en-dedans, crois-moi»: Faire sa santé en prison 38
Catherine Chesnay

Les inégalités sociales de santé: Décryptage 43
Estelle Carde



Crédit: Rosmarie Voegtli. Certains droits réservés. ©

La pratique d'intervention pivot en autisme

Coordonner les réalités¹

Lisandre Labrecque-Lebeau

Professeure associée, sciences infirmières, UQO

Chercheure en milieu de pratique, CREMIS

REGARDS



L'évocation du poste d'intervenant-pivot suscite couramment la même réaction chez les mères² d'enfants autistes³. Après un éclat de rire, celles-ci nous répondent souvent : «C'est moi, l'intervenante-pivot!». Cette boutade en dit long sur la réalité des familles avec un enfant autiste, qui se retrouvent avec le principal du travail de coordination des soins, des services et des interventions pour leur enfant. L'intervention-pivot leur apparaît alors comme la dénomination et la professionnalisation d'une fonction qu'elles occupent pour leur enfant souvent depuis la naissance. Le terme en anglais est évocateur de l'ampleur de la tâche : on parle de «navigation» («*patient navigator*»; Cantril & Haylock, 2013) pour désigner les praticiens de l'intervention-pivot.

Du côté du monde de l'intervention, on semble s'entendre et référer à la même chose lorsqu'il est question d'intervention-pivot, mais personne ne sait précisément de quoi il s'agit. On sait que ça semble fonctionner, mais on ne sait pas comment ils ont été formés ou se sont auto-formés; ils semblent tous suivre la métaphore du «pivot» comme centre de leur action, mais les tâches qu'ils privilégient semblent varier selon les contextes (ex. exigences et caractéristiques des programmes), leur formation (principalement la psychoéducation ou le travail social) et leur clientèle (quartier, situation socioéconomique et de migration, etc.).

Une naissance intimement liée aux inégalités sociales

L'intervention pivot est une pratique qui se formalise dans le Harlem new-yorkais des années 90, plus spécifiquement dans les unités d'oncologie (Cantril & Haylock, 2013). Cette pratique naît d'une intention de pallier les inégalités sociales de santé devant un système de soins souvent labyrinthique et qui n'offre pas les mêmes possibilités à tous. Les populations sous-assurées, défavorisées et racisées constituent à cette époque les groupes présentant le plus d'embûches à l'accès à des soins de qualité face à un cancer (Cantril & Haylock, 2013). La pratique pivot s'élargit ensuite à d'autres professions (ex. les infirmières) et d'autres statuts (parfois des patients bénévoles), ainsi que d'autres domaines de

soins et de services d'adaptation-réadaptation, dont la déficience intellectuelle et l'autisme, comme ce qui nous intéresse ici.

Les enfants autistes et leurs familles, pour avoir des services dans le réseau de la santé et des services sociaux au Québec, font face à de longues listes d'attente (celle-ci se compte parfois en années), doivent frapper à plusieurs portes (pédiatre, psychologue, CIUSSS, CRDI), contacter différents ministères (de la santé, de l'éducation, des transports, de la famille), et coordonner les différents services auxquels ils ont accès, s'il y a lieu. Devant cette situation, cette modalité d'intervention «pivot» destinée à faciliter ces démarches – et leur complémentarité – a été mise en place dans les cinq CIUSSS de l'île de Montréal. Nous avons interviewé des familles bénéficiant de l'aide d'une intervenante pivot, ainsi qu'observé et rencontré ces intervenantes. La question principale de la recherche est : quelles tâches constituent concrètement la pratique pivot et comment celle-ci répond-elle – ou non – aux besoins et attentes des familles?

Les quatre cadrans de la pratique pivot

Quatre zones d'action découpent le travail et les fonctions de l'intervention-pivot dans les entrevues et les observations que nous avons effectuées⁴: l'observation/évaluation; le plaidoyer et la promotion des intérêts de l'utilisateur; la transmission et l'outillage parental, et finalement, le travail d'arrimage des interventions et services.

«Je suis en observation de l'enfant dans son milieu naturel»

L'observation et l'évaluation de l'enfant et de la famille constitue un premier cadran d'action décrit par les intervenantes. Cette zone réfère à une posture d'expertise correspondant à l'idée d'intervenir «sur» les familles – à la différence d'intervenir «avec» les familles –, comme nous verrons dans le troisième cadran que nous proposons. Il s'agit d'un premier relevé de la situation, qui sera mis à jour au fur et à mesure du développement du parcours thérapeutique de l'enfant et de sa famille. C'est aussi l'occasion d'une identification des besoins et d'objectifs réalistes à travailler avec l'enfant et sa famille. Cette zone d'action possède un style descriptif à résonance comportementaliste, voire éthologique («milieu naturel»), mais ce savoir des intervenantes permet aussi de cerner certains problèmes *in situ* et de préciser des solutions ancrées dans le quotidien et possédant donc un potentiel de réussite. Cette zone d'action entre toutefois en tension avec la reconnaissance des savoirs expérientiels des mères et des familles, par exemple autour de la connaissance de l'enfant et de ses particularités. À cet effet, les intervenantes nous disent qu'elles tentent d'occuper une position d'ouverture envers ce qui «fonctionne» déjà pour la famille.

«Je suis la personne qui doit toujours pousser»

Le plaidoyer («advocacy») au nom de la famille et la promotion de leurs intérêts auprès du réseau consti-

tuent une autre zone d'action du travail d'intervention-pivot. C'est en effet une grande partie des pratiques d'intervention psychosociale au sens large que d'agir comme médiatrices entre les institutions et les usagers (Ravon et Ion, 2012), et peut-être encore davantage dans le cas des intervenantes pivot. Les intervenantes savent «à quelles portes aller cogner». Leur expertise du système, y compris ses incohérences et ses processus administratifs, est dans ce cas mise au profit des familles comme un réel combat. En effet, on sait qu'il peut exister plusieurs raisons de ne pas avoir accès aux services publics : ne pas connaître les services disponibles; les connaître mais ne pas les recevoir; ne pas les demander; et finalement, ne pas se les faire offrir (Warin, 2016). Autant de canaux que les intervenantes-pivots peuvent investiguer dans le cadre de leur travail avec les familles.

«La famille ne peut pas compter à long terme sur l'intervenante pour tout accomplir»

Une autre dimension importante du travail des intervenantes pivot que nous avons documentée consiste en la transmission de connaissances aux parents. Différentes expressions évoquent une démarche d'outillage qui vise à pérenniser les gains et apprentissages, et à rendre «autonomes» les parents. Une intervenante nous expliquait ainsi qu'elle enseignait aux parents comment apprendre un mot à leur enfant; à partir de ce moment, les parents possèdent la capacité de montrer tous les mots qu'ils désirent à leur enfant.

Ce *coaching* des parents, s'il présente plusieurs avantages pour tous, tend à créer une certaine professionnalisation des parents, qui deviennent de plus en plus experts de leur enfant, de l'autisme et d'une certaine parentalité, sans toutefois posséder toutes les ressources et les moyens d'action nécessaires à un accompagnement spécialisé. Dans un contexte où le réseau de la santé et des services sociaux québécois est débordé, l'attribution potentielle des échecs de la situation aux parents peut aussi être particulièrement dévastatrice. Cette dynamique autour de l'outillage des familles trahit ainsi l'ensemble des rapports de pouvoir qui entrent en jeu lorsque l'intervention vise «l'autonomisation».

«Moi je suis le pont entre les familles et tous les autres services»

Selon la métaphore du pivot, l'intervenant est un support, qui peut tourner et se retourner pour s'adresser à droite et à gauche. Ce pivot suppose ainsi largement une coordination des soins et des services. C'est peut-être l'ensemble d'actions de la pratique pivot le plus connu de l'ensemble des acteurs interrogés, soit le fait d'assurer la continuité, la cohérence et la complémentarité (Fillion *et al.*, 2012) des différentes interventions avec l'enfant et sa famille. Plusieurs milieux et organisations sont en effet impliqués dans le quotidien de l'enfant tout au long de sa trajectoire : la famille, les services de garde puis l'école, le médecin de famille, l'intervenante en intervention comportementale intensive (ICI), l'ergothérapeute, la nutritionniste,

«dans plusieurs cas [...] l'intervention se constitue comme une interface entre les individus et les institutions, et se fait d'un côté interprète des besoins, de l'autre, traducteur des processus.»

les ressources communautaires... Si chacun possède son expertise et ses ressources particulières, cette division du travail d'intervention peut rester fragmentée, créer des discontinuités, des parasitages, voire des contradictions. L'intervenante pivot tente alors – non sans difficultés – de dialoguer avec les acteurs impliqués, notamment pour élaborer un plan d'intervention qui, à défaut d'être commun, pourra s'actualiser selon une certaine cohérence.

Ces quatre grands cadrans de l'action de la pratique pivot sont des zones idéales-typiques de l'intervention-pivot, dans le sens où ils ne se retrouvent jamais tout à fait à l'état pur dans la réalité; ils se croisent, se télescopent, se jumellent. Par exemple, la coordination des services se fait souvent en étroite liaison avec la promotion des intérêts des familles et de leur accès à des soins (cadrans 2 et 4). C'est toutefois une grille de lecture qui nous permet d'identifier des grandes logiques de l'intervention pivot, dans le sens où il s'agit à la fois de buts généraux et de grandes visées (observer, transmettre, défendre, coordonner...) qui organisent l'action et les tâches quotidiennes de ces pratiques.

Ces cadrans ne résument pas non plus à eux seuls le travail des intervenantes-pivot. Comme dans de nombreuses conduites professionnelles, on peut identifier certaines tâches qui se collent à la réalité officielle du métier, comme celles que nous venons d'identifier; mais il subsiste souvent des catégories d'action implicites, latentes, officieuses, des tâches que les individus accomplissent dans la zone grise près des besoins effectifs de leur clientèle. Il est à noter que ces tâches semblent connues de tous les acteurs en présence et représentent un implicite «allant-de-soi».

Plasticité

La pratique-pivot s'est inventée elle-même, pourrait-on dire, en réponse à différents défauts de nos systèmes de soins et de services, comme par exemple le fonctionnement en silos. Nos observations sur le terrain révèlent différents rôles que prend l'intervention-pivot en réponse directe avec les besoins et la réalité des familles, alors même que ces rôles n'ont jamais été explicitement préconisés pour ce type de pratique.

La métaphore de l'interstice illustre à cet effet de quelles manières l'action finit par remplir les vides qui l'appellent; la pratique pivot s'inscrit à cet effet dans la longue tradition de l'intervention psychosociale, qui se propose depuis ses débuts de «raccommoder le tissu social» (Ravon et Ion, 2012). L'intervention-pivot, dans les cas documentés ici, semble se mouler à certains besoins informels mais courants des familles. C'est cette plasticité de la pratique pivot qui semble aussi faire sa richesse, soit de pouvoir s'adapter aux besoins et réalités des familles, notamment en sollicitant tour à tour les quatre cadrans d'action que nous avons évoqués.

Socialisation

D'autres tâches finissent par qualifier dans les faits l'intervention-pivot dans les récits d'intervention et les expériences des familles. D'abord, dans le monde de l'autisme on sait que le moment de l'annonce du diagnostic d'autisme d'un enfant constitue pour les familles une période-clé qui peut être difficile, représenter un deuil important, et lors de laquelle chacun des parents ne réagit pas nécessairement de la même façon. Suite à cette annonce va aussi débuter une période plus ou moins longue d'acceptation et de négociation de cette nouvelle réalité pour la famille. Dans le matériel étudié, les intervenantes-pivot semblent souvent jouer un rôle important à l'égard de ce processus; tant les familles que les praticiennes nous disent que c'est un moment important de leur travail conjoint.

En sociologie, on parle de socialisation pour parler des processus par lesquels on acquiert des normes, valeurs et attitudes qui nous permettront de faire partie d'un groupe donné. On remarque dans les analyses que les intervenantes-pivot participent de façon importante à ce que l'on peut appeler la socialisation diagnostique des familles. Les intervenantes vont introduire les parents, mais aussi la fratrie, à ce que c'est l'autisme, et notamment à son caractère permanent, que l'on ne peut pas «guérir». Ils vont initier la famille à un certain vocabulaire que l'on peut repérer, par exemple la métaphore de l'autisme comme de posséder «des lunettes différentes», ou encore pour les parents de devoir faire le deuil de «l'enfant parfait».

Support émotif

Intimement lié à ce premier travail de socialisation diagnostique, le support émotif des parents constitue une tâche importante que les intervenantes et les parents évoquent. En effet, on retrouve du côté de l'expérience des intervenantes la nécessité de travailler avec toute la famille et l'impossibilité de concentrer ses interventions seulement sur l'enfant. On dénote ainsi une posture holistique héritée des approches systémiques en intervention, qui considèrent tout individu comme faisant partie d'une multitude de systèmes (familial, social, scolaire, etc.).

Avec l'annonce d'un diagnostic d'autisme débute souvent un réel parcours du combattant pour les familles, qui va souvent de pair avec appauvrissement, stress et anxiété, fatigue importante, conflits familiaux, détresse et isolement. Les intervenantes-pivot se positionnent elles-mêmes comme des appuis affectifs et moraux face à ces changements et ces épreuves : «Ça prend quelqu'un pour aider les parents à remonter!». Souvent tout entier dédiés à leurs enfants, leur bien-être psychique passe souvent en dernier, ce à quoi les intervenantes tentent de remédier.



Crédit: Jeroen Beninck. Certains droits réservés. ©

REGARDS

En attendant

La détresse des parents découle, entre autres, du manque de services, des listes d'attente interminables, du manque d'informations à propos des ressources existantes, et du taux de roulement des intervenantes. Une des fonctions implicites les plus intéressantes de la pratique pivot, mais aussi la plus paradoxale, est de pallier cette attente et cette discontinuité des services. Si, au départ, l'intervention-pivot en autisme, au Québec, avait pour but premier de réduire la liste d'attente, ce but se transforme dans les faits en un palliatif à cette attente.

Si les données existantes ne nous permettent pas de conclure à une réduction des listes d'attente, on affirme clairement dans les entrevues que la pratique-pivot consiste entre autres à «aller trouver un petit service en attendant que la liste d'attente débloque», notamment dans le communautaire. Cette fonction latente de la pratique pivot illustre bien un mode d'action qui «fait avec» : avec l'attente, les trous de services, voire parfois le vide de prise en charge.

Normes et représentations

En étroit lien avec des dernières tâches implicites de la pratique pivot, on retrouve tout un travail de préparation de la famille et de l'enfant aux interventions qui approchent. En continuité avec la socialisation diagnostique et la gestion de la discontinuité de la

trajectoire, les intervenantes effectuent un travail d'information mais aussi de gestion des attentes des familles qui se trouvent à l'orée d'accéder à des interventions tant nécessaires. L'intervention comportementale intensive (ICI), qui représente la méthode officiellement préconisée par plusieurs systèmes de santé dont celui du Québec, est une approche qui demande un grand nombre d'heures d'intervention quotidienne par une spécialiste, une grande implication des parents et peu de places disponibles dans le système public de santé et de services sociaux.

Dans nos entrevues avec les intervenantes-pivot, on nous signale ainsi que ces interventions ont davantage de chances de réussir lorsque les parents y sont préparés et mobilisés. On retrouve aussi de la part des intervenantes certains recadrages des souhaits de la famille, notamment au niveau des services d'orthophonie, qui sont très en demande mais pas toujours nécessaires selon eux, et des services de nutrition, peu disponibles dans le réseau public mais identifiés comme cruciaux par la famille. Nous pouvons donc observer encore une fois cette fonction de médiation entre les familles et le système.

L'intervention psychosociale au sens large et ses différentes fonctions se recomposent aujourd'hui autour de certaines embûches et dilemmes: multiplication des acteurs et des dispositifs, complexification des cas, dynamiques intersectorielles. La pratique-pivot s'inscrit dans cette tendance lourde



comme cas typique, mais aussi aigu, d'une division du travail d'intervention qui redistribue ses fonctions entre les acteurs professionnels et les parents et familles qui entourent les usagers. Dans plusieurs cas, comme nous l'avons vu, l'intervention se constitue comme une interface entre les individus et les institutions et se fait, d'un côté, interprète des besoins et, de l'autre, traducteur des processus.

Mais au-delà de son histoire en prise avec les inégalités sociales, ses fonctions explicites et latentes, la pratique-pivot nous parle plus largement des normes actuelles de la parentalité (être un bon parent, mais aussi être un bon parent d'un enfant autiste), des représentations de l'enfant et de l'enfance (un enfant normal, un enfant «différent»), mais aussi des normes d'interaction en situation d'intervention psychosociale.

Notes

1. Le projet de recherche «Pratique d'intervention pivot – RGD/DI/TSA – 0-7 ans : Évaluation du projet pilote montréalais» s'inscrit dans le cadre d'un financement conjoint du Centre d'innovation pour l'autisme et la déficience intellectuelle (CIADI), la Fondation Miriam, le Ministère de la santé et des services sociaux, les cinq CIUSSS de l'île de Montréal, l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS) et la Fondation Azrieli.
2. Ce sont majoritairement des femmes (mères et intervenantes) qui prodiguent les soins et services aux enfants autistes au Québec; nous féminisons donc l'emploi pour ces deux réalités.
3. Le vocabulaire entourant l'autisme n'étant pas stabilisé, le terme «TSA» est ici utilisé pour désigner le diagnostic et la présence de l'autisme dans le monde psychiatrique. Le mot «autisme» sera conservé pour désigner le phénomène

large et son champ de discours et de pratiques. Une position mitoyenne est également adoptée dans ce texte entre la terminologie «personne d'abord» (les personnes autistes) et celle de l'«identité d'abord» (les autistes), soit celle de ne pas utiliser le vocabulaire pathologisant (sauf lorsqu'il est question du diagnostic lui-même), mais de conserver «personnes», «enfants», «femmes», «hommes» autistes ou Asperger. Fins de référence : <https://autcreatifs.com/2014/12/19/raconter-lautisme-autrement/>

4. Dans le cadre de la présente recherche, nous devons interviewer deux fois chacune les six intervenantes-pivot du projet pilote de Montréal (réparties en 5 CIUSSS), ainsi qu'observer leur pratique dans différents lieux (bureau principal, domicile des familles, lieux de démarches administratives, etc.) pendant six blocs. Deux blocs d'observation et une entrevue de clôture restent à être réalisés. Nous devons également interviewer 12 familles recevant les services d'une intervenante-pivot. Il nous reste quatre entrevues à compléter.

Références

- Cantril, C. et P.J. Haylock (2013), "Patient navigation in the oncology care setting", *Seminars in Oncology Nursing*, 29(2), p.76-90.
- Fillion, Lise, Sandra Cook, Anne-Marie Veillette et Michèle Aubin (2012), "Professional Navigation Framework: Elaboration and Validation in a Canadian Context", *Oncology Nursing Forum*, 39(1), p.E58-E69.
- Ravon, Bertrand et Jacques Ion (2012), *Les travailleurs sociaux*, Paris, La Découverte.
- Warin, Philippe (2016), *Le non-recours aux politiques sociales*, Grenoble, Presses Universitaires de Grenoble.

L'accès aux Centres de la petite enfance

Lever les barrières

Isabelle Laurin

Chercheuse d'établissement,
Direction régionale de santé publique de Montréal
Membre du CREMIS

Nathalie Bigras

Professeure titulaire,
Département de didactique, UQÀM

Michel Fournier

Direction régionale de santé publique de Montréal

Vivianne Martin

Direction régionale de santé publique de Montréal

Améliorer l'accès aux centres de la petite enfance (CPE) pour les enfants de familles à faible revenu¹ est une stratégie démontrée efficace pour soutenir le développement des jeunes enfants et réduire les inégalités de santé dans la population. Tout d'abord, les connaissances les plus à jour indiquent que c'est dans les CPE que l'on retrouve les niveaux de qualité de service les plus élevés (Gingras *et al.*, 2015; Lemay *et al.*, 2018). Ensuite, les services y sont gratuits pour certains parents ayant un statut particulier, notamment ceux qui sont prestataires de l'aide sociale. De plus, les CPE ont des liens privilégiés avec les professionnels des CLSC (MF, 2019), ce qui facilite l'accès aux services de santé pour les enfants ayant des besoins particuliers. Enfin, de par leur structure qui leur permet de dégager du temps pour assister aux activités de concertation ou de formation organisées dans la collectivité (Laurin *et al.*, 2013), les CPE sont davantage ouverts sur la communauté et mieux positionnés pour connaître et faire connaître aux familles les autres services ou activités qui leur sont destinés. Les enfants de familles à faible revenu bénéficient donc particulièrement de la fréquentation d'un CPE au cours de leur parcours préscolaire.

Dans les dernières années, en s'appuyant sur ses travaux d'enquête sur les parcours préscolaire (Guay *et al.*, 2015; Laurin *et al.*, 2019a), la Direction régionale de santé publique de Montréal (DRSP) a pris position à plusieurs reprises en faveur du modèle des CPE, notamment pour que soient développées des nouvelles places dans les quartiers défavorisés et les quartiers moins bien desservis. Cela a été le cas lors de la commission sur l'éducation à la petite enfance et celle sur la réussite éducative en 2016, de l'étude du projet de loi 143 sur la qualité éduca-

Le Québec offre une diversité de services dits éducatifs pour les enfants d'âge préscolaire, lesquels sont obligés d'offrir un programme éducatif adapté à l'âge de l'enfant. À Montréal, ces services éducatifs incluent les services de garde régis ainsi que la maternelle 4 ans publique à temps plein ou demi-temps (voir encadré). Ces services sont utilisés par une large majorité de la population, 90% des enfants les ayant fréquentés régulièrement avant leur entrée à la maternelle.

Services éducatifs	
<u>Services de garde régis</u> - Centre de la petite enfance (CPE) - Garderie subventionnée - Garderie non subventionnée - Milieu familial subventionné	<u>Maternelle 4 ans</u> - À temps plein en milieu défavorisé - À demi-temps en milieu défavorisé

tive en 2017 et du Projet de loi 5 sur l'offre de maternelle à tous les enfants de 4 ans en 2019.

Cet article présente les résultats des plus récents travaux de la DRSP sur les services de garde. Dans un premier temps sera présenté le portrait du parcours préscolaire des enfants montréalais selon le statut socioéconomique réalisé en 2017. Les différences observées entre les résultats obtenus en 2012, lors de la première édition du portrait, et 2017 seront également présentées (Laurin *et al.*, 2019a). Dans un second temps sera présenté, en complémentarité, le portrait montréalais de l'accessibilité aux centres de la petite enfance selon la défavorisation et la proportion d'enfants ayant une vulnérabilité développementale (Laurin *et al.*, 2019b).

Parcours préscolaire selon le statut socioéconomique

Le portrait du parcours préscolaire des enfants montréalais, effectué en 2017², souligne plusieurs disparités dans la fréquentation des services éducatifs entre les enfants de familles à faible revenu et ceux de familles mieux nanties. Les premiers sont tout d'abord moins nombreux en proportion à avoir fréquenté les services éducatifs que les seconds (84% c. 94%). Les enfants de familles à faible revenu commencent aussi à fréquenter un service éducatif plus tardivement que leurs pairs mieux nantis. Ils sont environ deux fois moins nombreux en proportion

REGARDS

«Aujourd'hui, ce sont donc encore les enfants de familles mieux nanties qui ont le plus accès aux CPE.»

(21% c. 50%) à intégrer un service éducatif avant 18 mois et environ deux fois plus nombreux en proportion à commencer à 3 ans et plus (45% c. 20%).

En ce qui concerne les profils de fréquentation des différents services, les enfants de familles à faible revenu sont plus nombreux en proportion à n'avoir jamais fréquenté un CPE à un moment donné au cours de leur parcours dans les services éducatifs que leurs pairs mieux nantis (66% c. 46%) et sont aussi plus nombreux à avoir fréquenté exclusivement une garderie non subventionnée (18% c. 12%), un milieu familial subventionné ou une maternelle 4 ans. Aujourd'hui, ce sont donc encore les enfants de familles mieux nanties qui ont le plus accès aux CPE. Soulignons également qu'une fois intégrés dans un CPE, plus de huit enfants sur dix y demeurent jusqu'à l'entrée en maternelle et ce, indépendamment du statut économique. Étant donné que les enfants de familles mieux nanties commencent à fréquenter les services plus précocement que leurs pairs de familles à faible revenu, ils ont accès aux places en CPE en priorité.

Lorsqu'on s'intéresse à l'évolution du portrait depuis 2012³, on constate un accroissement du nombre d'enfants de familles à faible revenu qui fréquentent les services de garde éducatifs. Aussi, les enfants de familles mieux nanties commencent à les fréquenter plus précocement. Quant aux profils de services fréquentés, nous notons une baisse

de la fréquentation exclusive d'un CPE chez les enfants de familles mieux nanties et une hausse considérable de la fréquentation exclusive des garderies non subventionnées chez les enfants de familles à faible revenu.

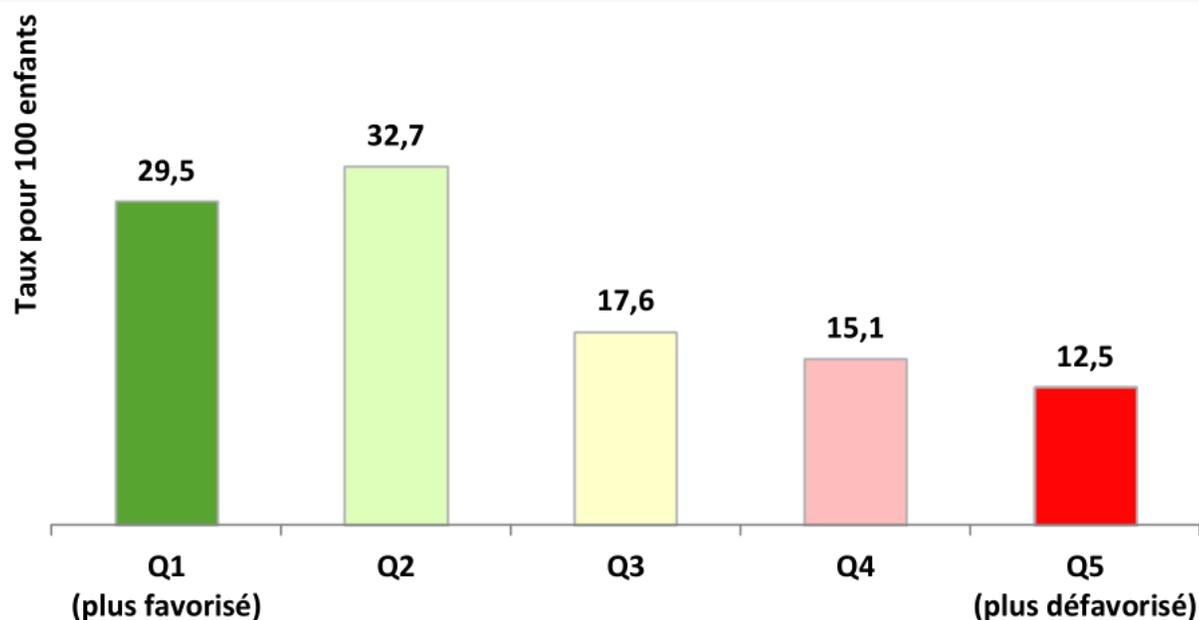
Accessibilité

Les disparités dans l'accès aux modes de garde s'observent aussi géographiquement. La figure 1, qui présente le taux de places en CPE selon le quintile de défavorisation matérielle des territoires de CLSC, illustre que, tendanciellement, les territoires considérés plus favorisés matériellement sont ceux qui ont le meilleur accès aux CPE. On y constate notamment qu'en 2019, le taux de places en CPE dans le quintile le plus favorisé est plus du double de celui du quintile le plus défavorisé.

Pour mieux connaître les territoires de CLSC qui devraient être prioritaires par le ministère de la Famille pour le développement de places en CPE, la DRSP a croisé les taux de places en CPE avec la défavorisation matérielle (figure 2) ainsi qu'avec la proportion d'enfants ayant une vulnérabilité développementale selon l'*Enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle* (EQDEM)⁴. Il ressort que ce sont dans les territoires de Montréal-Nord, Saint-Michel, Parc-Extension et LaSalle que l'iniquité d'accès aux CPE est la plus grande et c'est dans ces territoires que les enfants bénéficieraient le plus de fréquenter ces services.

Figure 1

Taux de places en CPE pour les enfants de 0-4 ans selon le quintile de défavorisation matérielle des territoires de CLSC de la RSS de Montréal, 2019



Source : ministère de la Famille, 2019.

Défavorisation matérielle et taux de places disponibles pour les enfants de moins de 5 ans dans les CPE

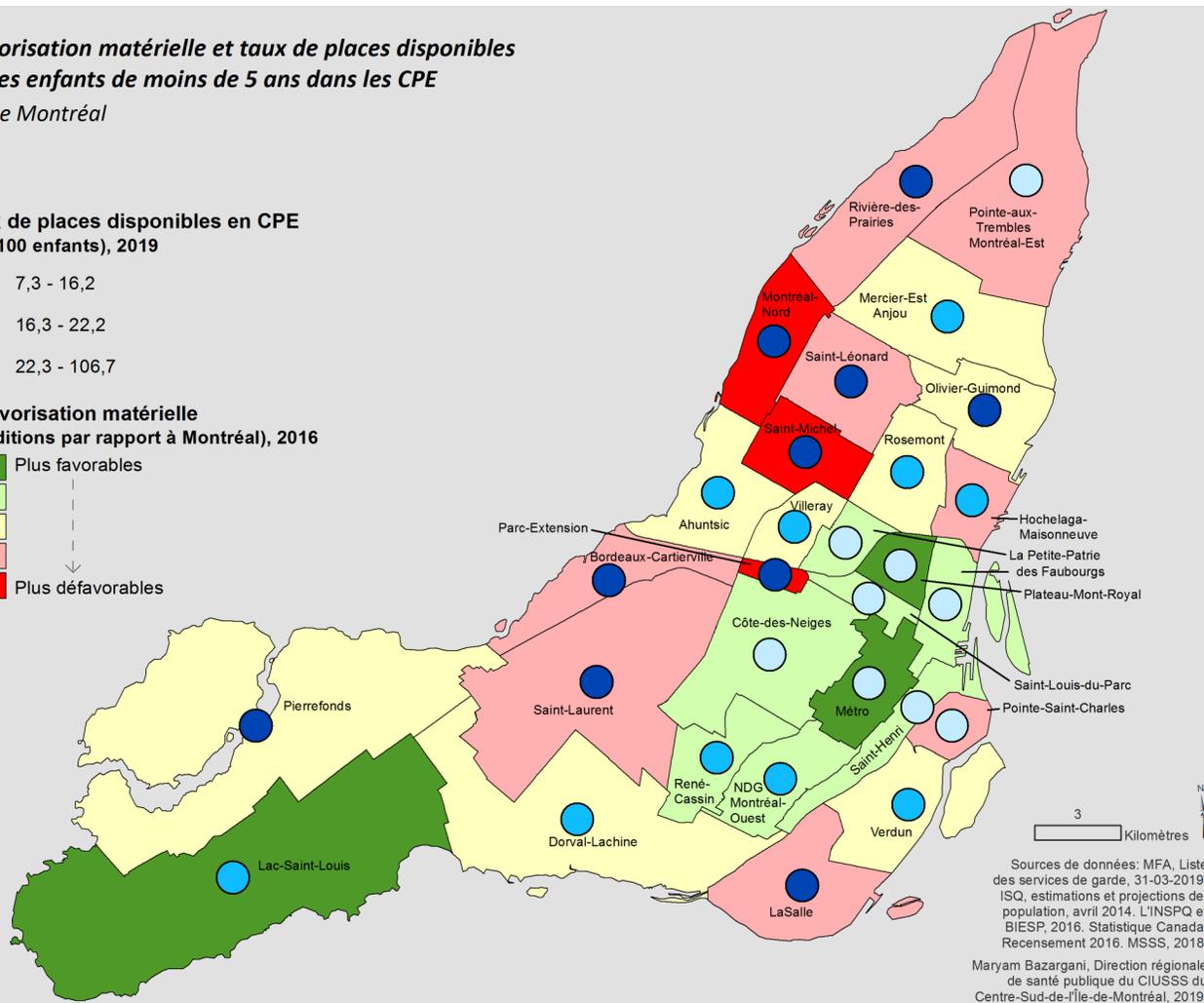
CLSC de Montréal

Taux de places disponibles en CPE (par 100 enfants), 2019

- 7,3 - 16,2
- 16,3 - 22,2
- 22,3 - 106,7

Défavorisation matérielle (conditions par rapport à Montréal), 2016

- Plus favorables
- ↓
- ↓
- ↓
- Plus défavorables



Sources de données: MFA, Liste des services de garde, 31-03-2019. ISQ, estimations et projections de population, avril 2014. L'INSPQ et BIESP, 2016. Statistique Canada, Recensement 2016. MSSS, 2018. Maryam Bazargani, Direction régionale de santé publique du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, 2019.

Figure 2

Discussion

Plusieurs pistes peuvent être avancées pour expliquer ces résultats préoccupants. Tout d'abord, la stagnation dans la fréquentation des CPE au profit de la fréquentation des garderies privées non subventionnées chez les enfants de familles à faible revenu peut être liée à des changements significatifs⁵ dans les réseaux de l'éducation et des services de garde qui, depuis 1998, ont peu favorisé le développement des places en CPE. Comme on peut l'observer dans la figure 3 (*Évolution du nombre de places en services de garde pour les enfants de 0-4 ans selon le type de services de garde, Montréal, 1990 à 2019*), en deux décennies, la part relative des places en CPE a diminué progressivement, passant de 38,4 % à 28,3 %. À l'opposé, les places en garderies privées non subventionnées, presque inexistantes en 1998 (0,8 %), comptent pour 33,2 % des places en services de garde éducatifs en 2019, dépassant la proportion de places offertes en CPE. Ainsi, il s'est développé près de 8 fois plus de places en garderies privées non subventionnées de 2009 à

2019. Pour l'instant, rien n'indique un changement de cap dans les prochaines années qui puisse freiner le développement de ce type de service.

La stagnation dans la fréquentation des CPE au profit de la fréquentation des garderies privées non subventionnées chez les enfants de familles à faible revenu peut aussi s'expliquer par le fonctionnement de l'aide financière gouvernementale. En effet, le fait de fréquenter une place subventionnée comparativement à une garderie non subventionnée dont les services coûtent en moyenne 25\$ par jour n'a pas un impact au plan économique pour les familles à faible revenu. En d'autres termes, cela revient du pareil au même pour ces familles au niveau financier, et ce aussi bien avant qu'après la modulation des frais de garde de 2015.

Un autre élément d'explication à la sous-représentation des enfants de familles à faible revenu dans les CPE peut venir aussi du fait que les enfants de familles mieux nanties commencent à fréquenter les services de garde plus précocement que

leurs pairs à faible revenu, suite au retour au travail de leurs parents après le congé parental d'une année. Il est connu que ces parents inscrivent leur enfant sur des listes d'attente dès les premiers mois de grossesse. Ainsi, selon le principe du «premier arrivé, premier servi», ces enfants occupent en priorité les places en CPE. Nos travaux antérieurs témoignent d'ailleurs que le manque de places en CPE est la principale raison invoquée par les familles à faible revenu pour justifier la non-utilisation de ce mode de garde (Guay et al., 2015).

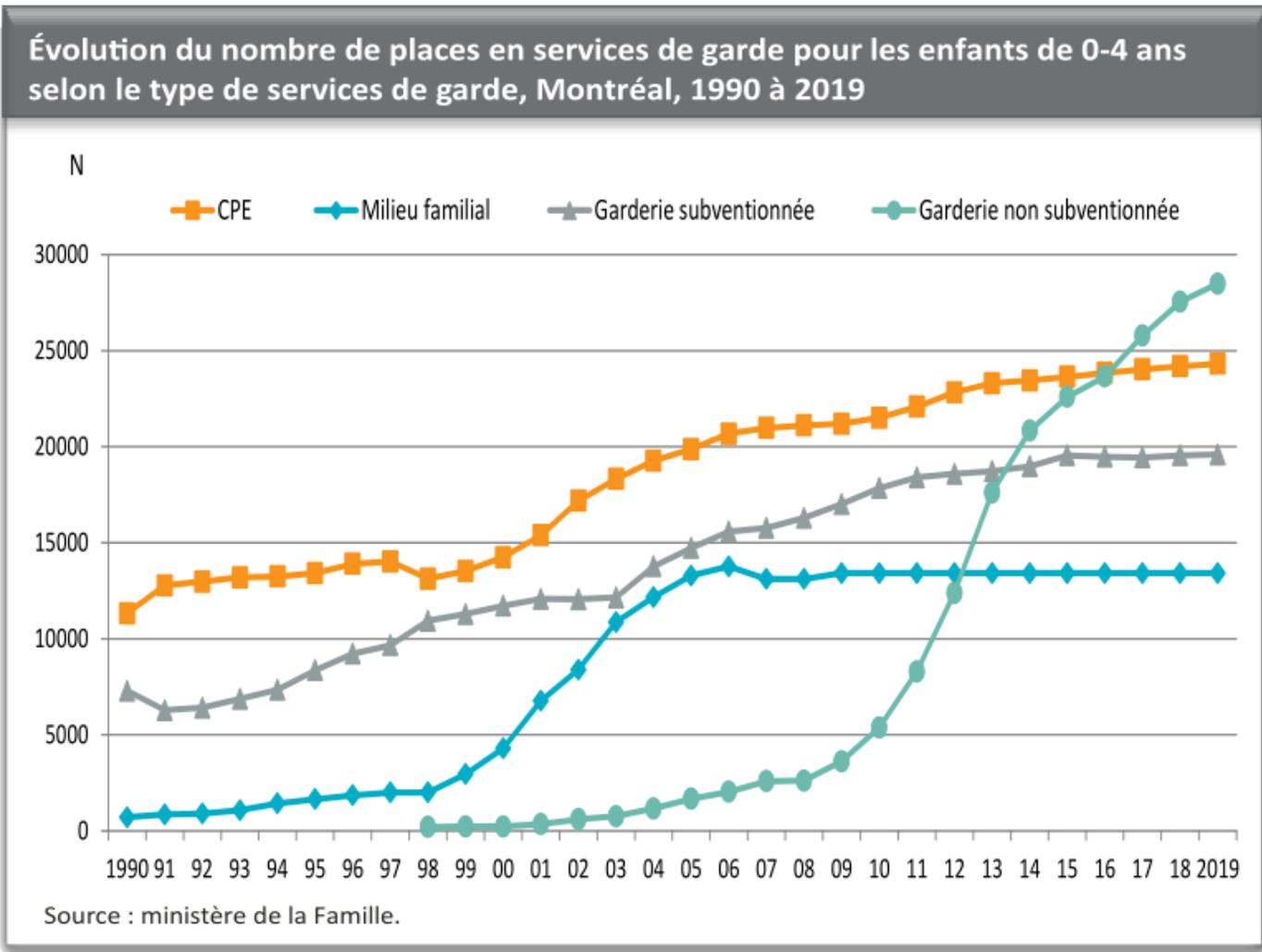
Priorités

Le portrait 2017 du parcours préscolaire des enfants montréalais suggère qu'aucun gain n'a été fait depuis 2012 pour diminuer l'inégalité d'accès aux CPE pour les enfants de familles à faible revenu. La proportion d'enfants de familles à faible revenu n'ayant jamais fréquenté un CPE n'a pas diminué depuis 2012, alors que la fréquentation de garderies privées non subventionnées est en augmentation constante. Ces résultats sont préoccupants puisqu'un tel parcours n'apparaît pas actuellement comme la meilleure option pour

les enfants montréalais. La garderie privée non subventionnée est loin d'offrir les mêmes avantages que le CPE, notamment en termes de qualité de services (Gingras et al., 2015; Lemay et al., 2018) et de liens avec le réseau de la santé. Pour l'année 2015-2016, le taux de plaintes était 4,5 fois plus élevé pour les garderies non subventionnées que pour les CPE (Couturier et al., 2016).

Nous ne pouvons qu'espérer que le processus d'évaluation de la qualité éducative en vigueur depuis le printemps 2019, suite à la loi 143, assurera à chaque enfant d'avoir accès à un parcours éducatif de qualité, peu importe le service de garde choisi. Ainsi, il est espéré que cette loi, qui oblige tous les milieux de garde à participer au processus d'évaluation et d'amélioration de la qualité éducative⁶, rehaussera la qualité des milieux non subventionnés où l'on retrouve des enfants de familles à faible revenu en proportion importante.

Quant au portrait de l'accessibilité aux CPE à Montréal, ce dernier montre que quatre territoires de CLSC devraient être priorités pour le développement de



nouvelles places, soit les CLSC de Montréal-Nord, Parc-Extension, St-Michel et LaSalle. Ces territoires ont besoin d'être soutenus pour lever les barrières financières et structurelles qui peuvent freiner ou décourager certains acteurs à présenter des projets de CPE pour leur communauté lors des appels de projets du ministère de la Famille.

La prochaine édition de l'*Enquête québécoise sur le parcours préscolaire des enfants de maternelle* aura lieu en 2022. Il est évident que l'interprétation de ce nouveau portrait sera fortement teintée par le contexte actuel de pandémie de COVID-19. Plusieurs milieux de garde non subventionnés sont à risque de fermer leurs portes en raison des importants coûts financiers requis pour offrir des services répondant aux exigences sanitaires. La mission éducative de l'ensemble des milieux de garde et la qualité du service rendu sont aussi mises à mal pour ces mêmes raisons.

Face à tous ces enjeux qui pèsent sur le réseau des services de garde, l'auteure principale de cet article, chercheure d'établissement à la DRSP de Montréal, a formé en mai dernier un comité régional composé d'un représentant montréalais de l'Association québécoise des centres de la petite enfance, l'Association des garderies privées subventionnées du Québec, l'Association des garderies privées non subventionnées en installation, l'Association des haltes-garderies communautaires du Québec et du ministère de la Famille. Par ce comité, la chercheure souhaite maintenir une communication directe avec les représentants régionaux des associations des services de garde pour soutenir leurs membres dans le contrôle de la transmission de COVID-19 et la gestion des éclosions ainsi que documenter les impacts de la pandémie sur le réseau, notamment sur la mission éducative et la qualité des services. Le comité se réunit hebdomadairement et les préoccupations soulevées sont documentées et communiquées au palier national.

La DRSP a aussi formé des brigades de prévention des éclosions en service de garde dans les cinq CIUSSS de l'île de Montréal. Des professionnelles de la santé ont le mandat de soutenir tous les milieux de garde de leur territoire dans l'application des mesures sanitaires et concernant d'autres enjeux rencontrés en lien avec la pandémie. En complément, la DRSP assure un soutien pour les situations plus particulières où un cas de COVID-19 expose le milieu de garde. Ainsi, dans le contexte de la pandémie, la chercheure est directement en lien avec ce qui se passe sur le terrain et elle pourra s'appuyer sur cette expérience, notamment, pour interpréter le prochain portrait de 2022.

Notes

1. Dans ce texte, la désignation de «famille à faible revenu» réfère aux familles vivant sous le seuil de la mesure de faible revenu (MFR) alors que les familles mieux nanties ont un revenu égal ou supérieur au seuil de la MFR.
2. Pour 2017, les données utilisées proviennent de l'*En-*

quête Québécoise sur le parcours préscolaire des enfants de maternelle (EQPPM) (Lavoie et al., 2019) qui a été réalisée auprès des parents et qui porte sur la trajectoire préscolaire des enfants de maternelle 5 ans en 2016-2017 dans les écoles francophones et anglophones, publiques ou privées du Québec. Ces données sont couplées à celles issues de l'EQDEM 2017 (Simard et al., 2019) dont l'objectif était d'évaluer le développement des enfants de maternelle. En ne retenant que les enfants résidant sur l'île de Montréal, on obtient un échantillon probabiliste constitué de 1014 enfants.

3. Pour 2012, les données utilisées proviennent de l'Enquête montréalaise sur l'expérience préscolaire des enfants de maternelle (EMEP) qui a été réalisée auprès des parents et qui porte sur la trajectoire préscolaire des enfants de maternelle 5 ans en 2011-2012 sur l'île de Montréal, fréquentant les écoles francophones et anglophones publiques. L'Échantillon était de 1184 enfants (Guay et al.; 2015).

4. La carte est disponible dans le document suivant : Laurin, Isabelle, Vivianne Martin et Nathalie Bigras. (2019b). *Portrait montréalais de l'accessibilité aux centres de la petite enfance* (CPE). Montréal : Direction régionale de santé publique, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal.

5. Notamment par la levée du moratoire sur l'établissement de nouvelles garderies privées (2003), la bonification du crédit d'impôt pour frais de garde (2009 et 2015) et l'introduction récente de la modulation des tarifs de garde (2015).

6. Sur rendez-vous, une équipe de trois évaluateurs de Servirplus se présente dans les services de garde pour évaluer la qualité éducative à l'aide de différents instruments de mesure de la qualité reconnus scientifiquement. L'évaluation requiert une journée. La récurrence des évaluations est établie en fonction de la date de renouvellement de permis (habituellement aux cinq ans). <https://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/publication/Documents/mesure-qualite-educative.PDF>

Références

- Couturier, E.L. et P. Hurteau (2016), *Les services de garde au Québec : champ libre au privé*. Rapport de recherche, Montréal, Institut de recherche et d'informations socioéconomiques (IRIS).
- Direction régionale de santé publique (DRSP), CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal (2016), *Commission sur l'éducation à la petite enfance. Mémoire du directeur régional de santé publique de Montréal*, Montréal, Direction régionale de santé publique.
- Direction régionale de santé publique (DRSP), CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal (2019), *Des services précoces, accessibles et de qualité pour favoriser le développement des enfants. Mémoire de la Directrice régionale de santé publique de Montréal dans le cadre du projet de loi 5 sur les maternelles 4 ans*, Montréal, Direction régionale de santé publique.
- Gingras, L., A. Lavoie et N. Audet (2015), *Enquête québécoise sur la qualité des services de garde éducatifs – Grandir en qualité 2014. Tome 2. Qualité des services de garde éducatifs dans les centres de la petite enfance (CPE)*, Québec, Institut de la statistique du Québec.
- Guay, D., I. Laurin, N. Bigras, P. Toussaint, M. Fournier (2015), *Portrait du parcours préscolaire des enfants montréalais. Résultats de l'Enquête montréalaise sur l'expérience préscolaire des enfants de maternelle (EMEP 2012)*, Montréal, Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.
- Lavoie, A., L. Gingras, et N. Audet (2019), *Enquête québécoise sur le parcours préscolaire des enfants de ma-*

- ternelle 2017. Tome 1. *Portrait statistique pour le Québec et ses régions administratives*, Québec, Institut de la statistique du Québec.
- Laurin, I., A. Bilodeau, N. Giguère et A. Lebel (2013), «L'initiative des sommets montréalais : ses retombées sur la mobilisation», *Le point sur... l'action intersectorielle*, no 1, Centre de recherche Léa-Roback, 12 p.
- Laurin, Isabelle, Danielle Guay, Michel Fournier et Nathalie Bigras. (2019a), *Portrait du parcours éducatif préscolaire des enfants montréalais et son effet sur leur développement à la maternelle selon le statut socioéconomique*, Montréal, Direction régionale de santé publique, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal.
- Laurin, Isabelle, Vivianne Martin et Nathalie Bigras, (2019b), *Portrait montréalais de l'accessibilité aux centres de la petite enfance (CPE)*, Montréal, Direction régionale de santé publique, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal.
- Lemay, L., G. Cantin et J. Lemire (2018), *Évaluer et améliorer la qualité éducative en services de garde en installation. Résultats d'un projet pilote (2016)*, Coll. «Conférence Résultats de recherche pour réfléchir ensemble : l'éducation à la petite enfance s'invite dans la campagne électorale», Montréal, Université du Québec à Montréal.
- Ministère de l'Éducation, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche (MEESR) (2015), *Mise en œuvre du service éducatif de la maternelle 4 ans à temps plein en milieu défavorisé*, Québec, Ministère de l'Éducation, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche.
- Ministère de la Famille (MF) (2019), *Étude des crédits 2019-2020. Renseignements particuliers de l'opposition officielle*, p. 279.
- Simard, M., A. Lavoie et N. Audet (2019), *Enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle 2017. Portrait statistique pour le Québec et ses régions administratives*, Québec, Institut de la statistique du Québec.

Citoyennetés quotidiennes



DOSSIER

Vieillir et se loger en contexte de gentrification

Vivre sa citoyenneté

Expérimentations et compromis

Stratégies de résistance

Crédit: Bernard Spragg. Certains droits réservés. ©

Viellir et se loger en contexte de gentrification

La précarité résidentielle de locataires vieillissantes à Montréal

DOSSIER

Julien Simard
Postdoctoral fellow,
McGill School of Social Work



Crédit: John Dal. Certains droits réservés. ©

À Montréal, la question du logement a définitivement repris une place centrale dans l'actualité. Après une crise majeure en 2001 dont beaucoup se souviennent avec un goût amer, on a cru à tort la métropole québécoise à l'abri des problèmes que connaissaient Vancouver, Toronto, Londres, New York et tant de villes de par le monde : spéculation immobilière transnationale, tourisme envahissant, expulsions en série, rénovictions, rareté des logements abordables, discriminations diverses vécues par des locataires en recherche de logement et changements draconiens dans l'offre commerciale de quartiers traditionnellement ouvriers.

Depuis le printemps 2019, une nouvelle crise du logement fait officiellement rage à Montréal. En effet, le taux d'occupation des logements locatifs dans la métropole québécoise est alors passé sous la barre des 2 %, donc bien en dessous du seuil d'équilibre du marché, établi à 3 % par la *Société canadienne d'hypothèque et de logement* (SCHL, 2020). Plusieurs groupes sur le terrain déplorent depuis longtemps l'agressivité et la ténacité des propriétaires ayant pris racine dans le marché de la résidence touristique à court terme, de même que la rapidité avec laquelle le parc locatif privé se convertit en copropriétés divisées ou indivises, mais les différents paliers de gouvernement ont laissé la situation s'envenimer rapidement. Ces dynamiques urbaines ont nécessairement des conséquences sur le terrain.

Aussi bien en études urbaines qu'en gérontologie sociale, plusieurs recherches ont identifié les personnes vieillissantes comme étant particulièrement vulnérables au déplacement en contexte de gentrification (Atkinson, 2000), phénomène que l'on peut définir, en termes larges, comme étant une recomposition spatiale des classes sociales. Davidson et Lees (2005: 1187), soutiennent que la gentrification est constituée de quatre dynamiques concomitantes : 1) un réinvestissement en capital par des investisseurs et des acteurs financiers et/ou gouvernementaux ; 2) l'arrivée de groupes mieux dotés en capital économique, social et/ou culturel ; 3) un changement dans l'environnement (bâti, offre commerciale); et 4) le déplacement direct ou indirect de groupes sociaux marginalisés.

Depuis une quinzaine d'années, le volume de publications portant sur les impacts et le rôle de la gentrification chez les personnes vieillissantes résidant dans les quartiers centraux de grandes villes occidentales est de plus en plus important (Burns *et al.*, 2012). La plupart de ces études s'intéressent

aux attitudes, rôles et ajustements des personnes vieillissantes face à la recomposition sociale et environnementale de leur quartier : perte ou gain en capital social, modification des espaces de socialisation, déplacements socio-culturels et identitaires, effets des changements urbains dans l'offre commerciale, interactions difficiles ou au contraire bienvenues avec les gentrificateurs, pratiques spatiales dans les espaces publics et conflits d'appropriation. Néanmoins, malgré ces pistes intéressantes pour comprendre les rapports entre les quartiers en gentrification et les expériences intimes du vieillissement, la dimension strictement résidentielle est encore peu présente dans ce sous-champ de la gérontologie sociale urbaine (Morris, 2019).

Ce texte présente un bref aperçu empirique et conceptuel de ma thèse doctorale, déposée à l'INRS-UCS en décembre 2019. Globalement, je désirais savoir comment des personnes vieillissantes à faible revenu¹ – pour la plupart des femmes âgées membres du comités logement de leur quartier – composaient avec les défis associés à la précarité résidentielle dans quatre quartiers montréalais en gentrification. Conséquemment, dans les paragraphes qui suivront, j'utiliserai donc en priorité le genre féminin en priorité pour refléter le recrutement.

Sur le terrain, la précarité résidentielle, ce «continuum de situations rendant l'occupation du logement incertaine, inadéquate ou inabordable, sa forme la plus extrême étant l'expulsion» (Simard, 2019, p.4), était modulée par deux forces principales : la gentrification (spéculation immobilière, hausse des prix des loyers, changements dans l'offre commerciale, transformations dans la composition socioéconomique du quartier et mutations de l'environnement bâti), mais surtout par les comportements, paroles, attitudes et stratégies mises de l'avant par les propriétaires, ce que Goyer (2019) nomme la «violence symbolique et le mensonge».

Pour la plupart des locataires vieillissantes interrogées, les relations avec leur propriétaire représentent une cause de stress, d'inquiétudes et de désagréments. Elles savent qu'elles auraient du mal à se reloger si leur propriétaire venait à les expulser et se retrouvent donc, pour la plupart, dans un état d'immobilité résidentielle : même partir de manière préventive pour se relocaliser ailleurs dans le même quartier peut s'avérer très ardu, comme le démontrent les récits de celles qui ont été interrogées durant l'enquête.

Tout au long de la thèse, je désirais avant tout comprendre : comment les personnes vieillissantes interviewées perçoivent-elles la précarité résidentielle qui les affecte? Quels types de relations entretiennent-elles avec leur propriétaire et comment ces relations influencent-elles leurs rapports au logement? Quel rôle joue leur participation dans les comités logement, notamment dans leur cheminement résidentiel? Finalement, où envisagent-elles de se loger à court et moyen terme?

La collecte de données s'est concentrée sur les arrondissements dits du «Cœur de l'île de Montréal», soit Rosemont–La Petite-Patrie, Le Plateau-Mont-Royal et Villeray–St-Michel–Parc Extension et s'est déroulée entre février 2016 et mai 2018. Quatre quartiers ont été ciblés plus spécifiquement (Rosemont, La Petite-Patrie, le Plateau-Mont-Royal et Villeray), en raison notamment de leur caractère adjacent et de leur relative homogénéité socio-économique. La recherche a été menée autour de l'Association des locataires de Villeray (ALV), du Comité logement de La Petite-Patrie (CLPP), du Comité logement du Plateau-Mont-Royal (CLPMR) et du Comité logement de Rosemont (CLR).

J'ai interviewé treize personnes dans une première phase, dont huit intervenantes employées au sein des quatre comités logement à l'étude, une travailleuse sociale membre d'une table de quartier «aînée», un consultant, deux avocats et un membre retraité d'une organisation nationale œuvrant pour le droit au logement. Une seconde phase d'entretiens comprend les récits de quinze (15) femmes et trois (3) hommes, pour un total de dix-huit (18) personnes.

Durant la majeure partie de la deuxième phase de la collecte de données, j'ai maintenu des critères de sélection assez larges, de manière à ne pas me couper de témoignages potentiellement riches : avoir au-dessus de 60 ans, vivre un problème de logement au moment du recrutement ou tout récemment, être membre d'un comité logement ou, minimalement, avoir eu accès à leurs services-conseils. Au final, la moyenne d'âge des participants et participantes se situait donc à soixante-neuf ans et demi (69,5 ans) et le tiers des personnes interviewées était âgé de moins de soixante-cinq ans au moment de l'entrevue.

(In)sécurité

À la suite d'une analyse de la littérature portant sur le déplacement direct et indirect en contexte de gentrification – en utilisant les travaux de Van Gelder (2010) sur les différentes dimensions de la sécurité d'occupation –, j'ai classé les récits des locataires en fonction de quatre situations résidentielles. Elles sont disposées sur un continuum évoluant en fonction de la probabilité que se concrétise une expulsion, soit le départ physique de la personne de son logement.

Tout d'abord, la *sécurité d'occupation* est une situation résidentielle où les locataires ne se feront vraisemblablement pas expulser et dans laquelle elles-mêmes ne perçoivent pas cette éventualité comme étant une possibilité. Dans ce cas, le maintien dans les lieux des personnes est garanti (en théorie) au plan juridique; rien ne le met en jeu dans la vie sociale, environnementale et politique (harcèlement, gentrification, problèmes économiques, catastrophes climatiques) et les individus ne perçoivent pas de risque de déplacement contraint. Dans ce qui suit, je me pencherai plutôt sur les diverses menaces à l'occupation du logement, aux insécurités résidentielles : la menace indirecte, la menace directe et l'expulsion.

Les principaux discours relatifs aux *menaces indirectes* que j'ai documentés sont en partie reliés à la construction de

«Il semble que l'appartenance à un comité logement permette de faciliter une certaine prise de contrôle sur la situation»

condominiums, à la hausse des prix des loyers, à la modification de l'offre commerciale et aux changements de population dans le quartier de résidence des personnes interrogées. Les locataires peuvent douter des intentions de leur propriétaire devant une pression à la hausse des prix dans l'immobilier, sans que leur place dans leur logement ne soit mise en jeu dans l'immédiat, autant sur les plans empirique que juridique: «Mais lui il veut investir, il me l'a déjà dit, il veut aller acheter ailleurs après. Qu'est-ce qui va arriver vous pensez? Il va monter en haut, il a le droit, ben y'a le droit, j'ai pas 70 ans, ça fait pas 10 ans, il a le droit de reprendre le logement, je m'en vas en bas, mettons que j'accepte ça, il va vendre. Qu'est-ce qui va arriver? Hein! Je vais être obligée de m'en aller ailleurs!» (Mme Dubuc², 68 ans).

En deuxième lieu, les locataires vieillissantes vivant une situation de *menace directe* font face à des intentions claires de la part de leur propriétaire de les expulser, mais sur un horizon temporel souvent flou, car ces derniers espèrent que l'usage de la peur sera suffisant pour provoquer un départ. Les locataires apprennent généralement ces intentions au cours de conversations avec le locateur, souvent dans le cadre de discussions pratiques autour de projets de rénovation, d'entretien courant et de réparations.

Dans quelques cas, ces menaces peuvent s'accumuler depuis des années, voire plusieurs décennies, à la manière d'une épée de Damoclès. Ici, l'aptitude de ces locataires vieillissantes à tenir tête au locateur détermine en grande partie leur capacité de maintien dans les lieux. Il s'agit ici d'une guerre d'usure, d'une entreprise de destruction des rapports d'attachement au logement menée par le propriétaire pour parvenir à ses fins: «toutes les pressions que ma propriétaire m'a fait vivre, bon, à un moment donné il y a eu le robinet de la salle de bain qui a fait défaut, je l'appelle. Elle vient, parce qu'elle vient toujours quand il y a une réparation à faire, si minime soit-elle, et, elle me disait toujours avant de partir «éventuellement, je vends votre logement». Ça là, en 43 ans, peut-être pas au début, en 30 ans disons, j'ai au moins entendu ça 10 fois.» (Mme Beausoleil, 80 ans).

Certains propriétaires font usage des perturbations associées aux rénovations et aux travaux pour asseoir leur autorité auprès des locataires, en négligeant les travaux d'entretien à effectuer, en tentant d'effectuer des réparations majeures pour hausser massivement les loyers ou pour obtenir le départ des locataires (rénovictions), ou à l'inverse, en usant de chantage lorsqu'elles demandent des réparations.

Si certaines locataires en situation d'*expulsion* ont tenté de contester une expulsion formelle via la Régie du logement – soit une reprise de possession ou une éviction – elles n'ont généralement pas connu le succès escompté, soit le maintien dans les lieux. D'autres locataires n'ont pas réussi à endiguer les menaces directes de leur propriétaire et ont donc décidé de quitter de façon réactive. Au cours d'un épisode d'expulsion, le filet législatif conféré par le Code civil du Québec – la sécurité d'occupation juri-

dique – n'était plus en mesure de garantir la présence dans le logement. Le maintien dans les lieux était devenu impossible, parfois en raison d'un degré trop important de menaces directes affectant les dimensions sociales, relationnelles et émotionnelles (empiriques) des rapports à l'habiter. Les locataires expulsées avec qui j'ai discuté ont eu du mal à se reloger et certaines n'avaient pas encore trouvé d'appartement à quelques semaines de leur départ.

M. Savard parle ici d'un voisin âgé de 80 ans qu'il connaissait et qui a dû quitter suite à une éviction informelle, menée en utilisant principalement la pression psychologique: «Monsieur Bibeau il a pogné un logement direct à côté, en arrière. Et puis l'an dernier tu l'as vu, il est parti de là, il marchait comme il faut, aussitôt qu'il est rendu dans le nouveau logement il était bien quand même, il commence à tenir ses culottes, il vient de commencer à maigrir, il a dépéri. Ça l'a tué, on peut-tu dire ça, ça l'a tué.» (M. Savard, 70 ans).

Le caractère combatif des locataires vieillissantes aura au moins permis de retarder leur expulsion plus longtemps que ne le prévoyait probablement le locateur, ou du moins obtenir des compensations monétaires supérieures à ce qu'il aurait été possible d'aller chercher en contestant une reprise de possession ou une éviction à la Régie du logement, maintenant rebaptisée Tribunal administratif du logement.

Engagement

En interrogeant les locataires sur les raisons ayant poussé à participer au sein d'un comité logement, j'ai remarqué que la plupart d'entre elles en étaient devenues membres suite à une consultation pour obtenir des services-conseils juridiques, dans le contexte d'un problème avec leur propriétaire. D'autres désirent d'abord et avant tout obtenir un logement social. En effet, les quatre comités logements montréalais dont ces locataires sont membres organisent régulièrement des séances d'information pour permettre au public de comprendre les mécanismes facilitant l'accès aux listes d'attente en logement social.

Suite à une première consultation, certaines sont restées membres actives, d'autres fréquentent les comités de manière plus ponctuelle, effectuant plusieurs allers-retours entre périodes d'engagement plus prononcé et périodes plus distantes, parfois déterminées par des blessures ou des états de fatigue. La plupart des locataires interrogées ont déjà été engagées dans une cause politique donnée, notamment le syndicalisme, le féminisme et/ou le nationalisme québécois. La majorité de ces femmes vieillissantes nourrit également une participation dans d'autres milieux connexes, surtout dans le réseau de l'action communautaire autonome.

Il semble que l'appartenance à un comité logement



Crédit: John Dal. Certains droits réservés. ©

DOSSIER

permette de faciliter une certaine prise de contrôle sur la situation à problème se déroulant au sein de leur logement, même si l'affiliation plus ou moins formelle à un comité ne permet pas nécessairement de régler le problème de fond de la précarité résidentielle.

Dans un premier temps, le fait d'obtenir des services-conseils juridiques ou même un accompagnement dans le cadre d'un problème avec un propriétaire peut permettre de changer les paramètres temporels et financiers du contentieux (Huq *et al.*, 2019). Si un propriétaire désire expulser une locataire, le fait de contester un avis et d'amener le dossier au Tribunal administratif du logement permet de gagner du temps. De plus, grâce aux tables de requérants pouvant faciliter l'obtention d'un logement social, les locataires vieillissantes peuvent élargir leurs options résidentielles en tentant autant que faire se peut de quitter un marché locatif privé devenu généralement inaccessible pour leurs revenus, qui d'ailleurs sont souvent fixes et peu élevés en raison du sexisme dans le monde du travail, de trajectoires professionnelles éclectiques et de problèmes de santé invalidants.

Finalement, elles fréquentent les comités logement pour profiter d'une sociabilité. En fait, les personnes interrogées ont toutes mentionné apprécier y faire des rencontres et entretenir une camaraderie, tout en s'instruisant sur les questions de logement et en contribuant à l'élargissement des droits et des mesures sociales destinées à toutes et tous les locataires: «C'est drôle, un jour je suis allée à cause d'une augmentation, pour vérifier les taux de cette année-là et puis c'était très sympathique. On m'a dit qu'il y avait une assemblée pour les gens du quartier, j'y suis allée. C'était la petite [X] qui était très gentille, elle commence à faire parler les gens de leurs problèmes et puis je dis «écoutez, moi c'est des histoires d'artistes» et puis elle était une artiste elle aussi, donc elle m'a écoutée. (Mme Laperrière, 78 ans). Une des participantes affirmait s'engager pour les générations futures, dans une praxis politique correspondant à la «générativité», c'est-à-dire une volonté de transmission orientée vers les générations descendantes (Olazabal, 2009).

Incertitude

Les cheminements résidentiels futurs des participantes présentent sous les habits de l'incertitude, de l'indétermination. Les locataires interrogées ne désirent pas rester chez elles contre vents et marées, dans ces appartements froids, mal entretenus et hantés par de multiples conflits avec leurs propriétaires. La plupart convoite une place dans un logement social (HLM, OSBL avec services ou coopérative), dans leur quartier de résidence, dans le but de dédier une proportion fixe (et plus faible) de leur revenu mensuel au logement, mais également, dans certains cas, pour vivre en communauté intergénérationnelle et pouvoir ainsi briser leur isolement.

Par contre, les locataires veulent décider elles-mêmes des paramètres temporels et logistiques dans lesquels elles quitteraient leur domicile. Surtout, elles souhaitent éviter de se faire expulser avant d'avoir obtenu une place en logement social. Dans cet entre-deux inconfortable entre attente d'un logement social où la sécurité d'occupation est presque totale et l'incertitude planant sur leur maintien dans les lieux au présent, les locataires tentent au mieux de leurs capacités de conserver leur autonomie, soit leur capacité à faire des choix résidentiels. Ces «choix» étant très limités, elles doivent continuer d'habiter un «logement liminal» (Leibing *et al.*, 2016) au sein duquel il peut être fort ardu de se projeter dans l'avenir.

En se rapprochant d'un comité logement dans le cadre d'un problème avec un propriétaire, les locataires désirent parfois opérer une brèche, une sortie d'une situation résidentielle qui paraît bouchée. Le deuil que les participantes doivent potentiellement effectuer pour pouvoir passer à autre chose est celui de liens forts au logement «actuel», surtout si elles ont été en mesure d'y créer un «chez-soi» au fil de périodes allant de quelques années à plusieurs décennies.

Leur connaissance de la gentrification et du marché immobilier, de même que leur caractère généralement porté à l'indignation et à la combativité, constituaient des leviers permettant d'agir sur la situation ou du

moins de se mettre en état d'alerte. Même si elle peut être assumée, la perte d'un «futur» dans le logement qui cause problème n'en est pas moins déstabilisante, surtout car le logement en question permet un ancrage significatif dans le quartier et les sociabilités qu'il offre.

Agentivité

Malgré leur position sociale désavantagée, les personnes vieillissantes précaires résidant dans un quartier en gentrification ne peuvent être considérées uniquement comme des «victimes» : ce serait là faire preuve d'âgisme compassionnel. Elles sont avant tout des acteurs et des actrices pouvant réagir de plusieurs manières aux mobilités et immobilités contraintes, capables d'agir, au meilleur de leurs capacités, sur les contours de leurs situations résidentielles. Un des enjeux centraux de cette recherche consistait à saisir l'expérience des ménages vieillissants précaires dans les quartiers en gentrification tout en faisant état de leurs stratégies d'adaptation, de leur pouvoir sur eux-mêmes et sur leur environnement.

Une des manières d'aborder cette agentivité des personnes vieillissantes dites précaires est d'explorer comment ces dernières mobilisent des ressources locales, autant formelles qu'informelles, de même que les relations qu'elles tissent avec d'autres acteurs dans le contexte d'un problème de logement. Si la participation sociale et politique des personnes vieillissantes a été largement étudiée dans le contexte de l'action bénévole ou de la politique syndicale et partisane, très peu de travaux sont disponibles sur leurs engagements au sein d'organisations qui concentrent leurs activités sur la ville, c'est-à-dire autour d'enjeux urbains et de causes comme celles du droit au logement.

Sur le terrain, on remarque bel et bien une représentation importante de personnes vieillissantes dans les organisations qui s'activent autour de ces causes, ce qui indique qu'il s'agit là d'un fait social qui gagnerait à être plus visible, surtout à une époque où l'âgisme s'immisce trop souvent dans les relations intergénérationnelles et dans les réflexions politiques. Cette posture heuristique permet finalement de recentrer le discours sur les besoins, volontés et choix résidentiels des personnes vieillissantes elles-mêmes, une parole qui est importante à documenter si l'on veut véritablement faire advenir un «vieillissement sur place» dans les quartiers centraux montréalais.

Notes

1. Les locataires vieillissantes sont considérées comme étant «précarisées» lorsqu'elles cumulent les caractéristiques suivantes : des revenus faibles et souvent fixes, un taux d'effort élevé – au-dessus de 30% du budget consacré au logement et aux services connexes – des situations d'isolement social et des problèmes de santé (Colic-Peisker et al., 2014).
2. Les noms des personnes citées sont fictifs pour préserver la confidentialité des propos recueillis.

Références

- Atkinson, Rowland (2000), «Measuring Gentrification and Displacement in Greater London», *Urban Studies*, 37(1), p.149-165.
- Burns, Victoria F., Jean-Pierre Lavoie et Damaris Rose (2012), «Revisiting the Role of Neighbourhood Change in Social Exclusion and Inclusion of Older People», *Journal of Aging Research* 2012, p.1-12.
- Colic-Peisker, Val, Rachel Ong et Gavin Wood (2014), «Asset poverty, precarious housing and ontological security in older age: an Australian case study», *International Journal of Housing Policy*, 15(2), p.167-186.
- Davidson, Mark et Loretta Lees. (2005), «New-Build 'Gentrification' and London's Riverside Renaissance», *Environment and Planning A* 37(7), p.1165-1190.
- Goyer, Renaud (2019), «Mensonges et menaces dans les rapports locatifs», *Revue du CREMIS*, 11(2), p.31-35.
- Huq, Efadul et Stacy Harwood (2019), «Making Homes Unhomely: The Politics of Displacement in a Gentrifying Neighborhood in Chicago», *City & Community*, 18(2), p.710-731.
- Leibing, Annette, Nancy Guberman et Janine Wiles (2016), «Liminal Homes: Older People, Loss of Capacities, and the Present Future of Living Spaces», *Journal of Aging Studies*, 37, p.10-19.
- Morris, Alan. (2019), *Gentrification and Displacement: The Forced Relocation of Public Housing Tenants in Inner-Sydney*, SpringerBriefs in Sociology, Singapour.
- Olazabal, Ignace dir. (2009), *Que sont les baby-boomers devenus?*, Montréal, Nota Bene.
- Société canadienne d'hypothèque et de logement (SCHL) (2020), «Enquête sur les logements locatifs, centres urbains : taux d'inoccupation» Tableaux de données. Consulté le 3 mai 2019.
- Simard, Julien. (2019), *La précarité résidentielle chez les locataires vieillissantes à faible revenu : vieillir et se loger en contexte de gentrification à Montréal*. Thèse de doctorat, Études urbaines, INRS-UCS.
- Van Gelder, Jean-Louis (2010), «What Tenure Security? The Case for a Tripartite View», *Land Use Policy* 27(2), p.449-456.



Récits de femmes et vieillissements

Vivre sa citoyenneté

Isabelle Marchand
Professeure en travail social
Université du Québec en Outaouais

Dans les années 1990, les théories psychosociales et biomédicales du vieillissement réussi (*Successful Aging*) ou du vieillissement productif (*Productive Aging*) aux États-Unis, ainsi que le vieillissement actif qui émerge en Europe, proposent différents modèles autour du principe, de plus en plus dominant, d'un « bien vieillir » (Moulaert et al., 2012). En 2002, l'Organisation mondiale de la Santé fait du vieillir actif la pierre angulaire de son cadre de référence en matière de vieillissement. En 2012, la politique québécoise *Viellir et vivre ensemble, chez soi, dans sa communauté, au Québec* (Gouvernement du Québec, 2012) reprend à son tour ce cadre référentiel, basé sur trois piliers: la santé, la participation et la sécurité des personnes âgées. La citoyenneté « active » des personnes âgées se pose comme un enjeu crucial du XXI^e siècle (Walker, 2002; WHO, 2002).

C'est dans ce contexte occidental que se déploie un discours promouvant l'activation lors du vieillissement (Marchand et al., 2014). Ce discours, à caractère moralisateur selon d'aucuns, enjoint les personnes aînées à « rester 'actives' socialement, politiquement et professionnellement » (Steiner, 2012, p. 2). Or, les notions d'activité et de citoyenneté ne sont ni anhistoriques, ni asexuées, ni apolitiques: elles sont traversées par des rapports de pouvoir. Rappelons que jusqu'aux années 1960-1970, la grande majorité des femmes est déclarée inactive puisque l'essentiel de leur activité se déroule dans la sphère privée, où ces femmes ont la responsabilité des soins (du care) du conjoint, des jeunes et des vieux (Lewis, 2007). Plusieurs femmes âgées ont donc été considérées comme « inactives », car hors du marché de l'emploi¹. La trajectoire de la retraite-vieillesse a, en l'occurrence, été construite selon un modèle masculin (Charles, 2007), tout comme la notion de l'activité ainsi que les classifications dominantes qui en découlent (actif/inactif) (Marchand et al., 2013).

Dans la même logique, la citoyenneté a été construite sur le principe du citoyen-travailleur: les femmes mariées ont longtemps bénéficié d'une citoyenneté par extension à celle de leur mari. Par conséquent, l'accès à des droits sociaux, comme celui de la retraite, dépendait du statut de salarié du



Crédit: Karen and Brad Emerson. Certains droits réservés. ©

conjoint (Jenson, 2011; Walby, 1994). Les travaux de chercheuses féministes se sont en ce sens attelés à déconstruire le modèle dominant de la citoyenneté moderne, notamment celui de Marschall (1963), en problématisant l'exclusion historique des femmes du domaine public et de la citoyenneté, aussi édifié sur un archétype masculin² (Lister, 1997; Walby, 1994). La séparation des sphères privée et publique et son corollaire, la division sexuelle du travail, ont été des points pivots pour réarticuler le concept de la citoyenneté afin de penser l'inclusion des femmes.

Citoyenneté vécue

C'est à la lumière des construits sociaux de la citoyenneté et de l'activité dans le vieillissement que je me suis intéressée, dans mes travaux doctoraux, aux pratiques du quotidien de femmes aînées afin de comprendre les modalités par lesquelles elles vivent leur citoyenneté dans l'avancée en âge, et ce, dans une économie politique dominée par le vieillir actif. Mes travaux s'articulent autour de ma typologie de la citoyenneté « vécue »³ dans l'avancée en âge, élaborée à partir de l'activité de la vie quotidienne. À l'aide d'une méthodologie basée sur une approche narrative et la réalisation de 20 récits de vie auprès de femmes âgées de 60 ans et plus⁴, les quatre figures de citoyenneté proposées permettent de mieux comprendre comment les répondantes construisent leurs rapports à la citoyenneté dans le vieillir, pérennisent leur identité citoyenne et, surtout, se maintiennent dans le lien social.

«Qu'elles soient ou non à la retraite, le travail joue un rôle central dans la construction d'une identité citoyenne pour les répondantes»

En s'inspirant de la modélisation de la citoyenneté «active» de Jensen et Pfau-Effinger (2005), nous déclinons quatre figures de la citoyenneté «vécue». Par-delà la description des pratiques de la vie quotidienne, nous avons cherché à cerner les finalités d'action, c'est-à-dire le sens de l'agir quotidien, et ce, afin de mieux cerner les divers types d'engagements investis dans l'avancée en âge. En témoignant ainsi des modalités du «faire» (l'action au quotidien), ainsi que de «l'être» (le sens de l'action), les résultats révèlent les modes ou processus par lesquels les femmes aînées se reconnaissent comme des citoyennes à part entière, ancrées dans une collectivité donnée. Bien que ces figures soient décrites distinctement à des fins d'intelligibilité afin de mieux cerner les différentes dimensions comprises dans l'expérience de la citoyenneté des répondantes, dans la réalité de la vie quotidienne, elles s'enchevêtrent souvent.

Emploi

«La retraite? Très peu pour moi!»

La première figure de la citoyenneté vécue renvoie aux répondantes travaillant à temps complet, pour qui la profession occupe une place centrale dans la vie quotidienne : «Ce qui résume ma vie, c'est le travail», dira Hélène (61 ans). Ces travailleuses âgées aspirent à travailler «aussi longtemps que possible», car l'idée de la retraite ne séduit pas, comme l'illustrent les propos de Suzanne : «La retraite, ça ne me plaît pas, ça égale à l'ennui [...]. Mon objectif, ce n'est vraiment pas de me bercer» (Suzanne, 60 ans). Pour ces répondantes, issues de différents milieux socioéconomiques, et occupant des emplois dans les secteurs de l'éducation et des arts, la continuité du travail rémunéré dans l'avancée en âge est un facteur central de leur engagement dans la société et de leur sentiment de contribution sociale. L'emploi représente d'ailleurs un lieu important d'inclusion sociale et institutionnelle en procurant «une certaine forme de visibilité sociale» (Grenier, 2009). De ce fait, la poursuite du travail rémunéré permet de se maintenir dans le lien social, de contribuer à la société et de transmettre ses connaissances.

Qu'elles soient ou non à la retraite, le travail joue un rôle central dans la construction d'une identité citoyenne pour les répondantes. La plupart des femmes interrogées ont pu avoir accès au travail rémunéré et, ce faisant, à des droits sociaux relatifs au statut de citoyennes à part entière, et non à une citoyenneté par extension au mari travailleur, comprise dans l'ancien modèle de «l'homme gagnepain» (Lister, 1997; Walby, 1994). Les récits montrent l'autonomie que ces femmes ont acquise au tournant des années 1980, libérées des tutelles économiques et juridiques, lorsqu'elles ont investi le marché du travail, «pour ne plus dépendre de personne» (Pauline, 64 ans) ou encore parce qu'elles devaient «se remonter les manches et gagner leur vie» après un divorce. L'accès au marché du travail a représenté un mécanisme important

d'individuation dans l'accès à la citoyenneté, puisqu'il a permis leur «reconnaissance comme sujets au-delà des rôles assignés [de mères et d'épouse]» (Marques-Pereira, 2003, p. 20).

Participation civique

«Ne pas être une boomer assise sur sa petite vie tranquille de loisirs»

La seconde figure de citoyenneté renvoie aux pratiques de participation ou d'engagements civiques au sein de milieux associatifs ou de mouvements sociaux. Les participantes impliquées dans l'action militante ou de défense de droits se posent ici comme des citoyennes de «devoirs», éprises de valeurs d'égalité et de justice sociale. Pour elles, le vieillissement et la sortie de carrière ne justifient en rien le fait de se désengager des lieux de participation civique, lieux qu'elles ont d'ailleurs investis toute leur vie. S'inscrivant ainsi dans la continuité de leur trajectoire, leurs récits laissent voir une forme d'héritage symbolique de la participation civique. Par exemple, pour Loraine (63 ans) rester active implique «d'être au front», de maintenir «l'engagement communautaire et social qu'[elle] a toujours eu». Pour ces femmes engagées, il s'avère impensable, à la retraite, de s'«assoier sur [s]a galerie à regarder les choses qui passent». Le profil des répondantes engagées dans l'action civique est relativement homogène: il s'agit de femmes de classe moyenne à supérieure, mariées ou en couple, détenant au moins un diplôme universitaire et ayant occupé des emplois qualifiés.

Déterminant dans leurs conceptions du vieillissement, les pratiques de participation civique permettent aux répondantes de se poser comme un sujet agissant sur les enjeux collectifs de justice sociale. Les significations attachées à leurs actions (i.e combattre les inégalités, transmettre les savoirs acquis, être utile, contribuer à la société) expriment l'importance qu'elles accordent au rôle de l'individu citoyen, par-delà l'âge et le vieillissement. La participation civique permet ainsi «de ne pas jeter la serviette» et de «rester sur les rails de la vie active», malgré l'avancée en âge. Dans cette perspective, leurs pratiques incarnent bien la dimension politique d'une citoyenneté, laquelle présuppose que l'individu citoyen participe à l'ensemble des sphères économique, sociale et politique, de la société civile (Marshall, 1963).

Prendre soin

«Perpétuer le don de soi pour les autres»

À la fois disposition, attitude de sollicitude et engagement envers autrui (Brugère, 2010), le *care*, comme troisième figure de la citoyenneté vécue, regroupe un ensemble de pratiques qui font partie de la vie quotidienne de toutes les répondantes. Prenant comme point d'assise «le besoin des autres» (Tronto, 1993), les pratiques de *care* des répondantes se déclinent sous les formes suivantes: prendre quotidiennement soin d'un



Crédit: Jocelyn Erskine-Kellie. Certains droits réservés. ©

DOSSIER

proche; s'engager dans la grand-parentalité; offrir régulièrement de l'aide à son entourage et, finalement, s'impliquer comme bénévole dans un organisme philanthropique ou religieux. Les pratiques de *care* regroupent des femmes aux profils variés: des femmes aux conditions de vie précaires, d'autres issues de la large classe moyenne et de milieux nantis. Il peut s'agir de femmes très scolarisées (études universitaires supérieures) ou de femmes n'ayant pas de diplôme d'études secondaires, habitant dans la métropole, dans une ville de région ou en milieu rural. Précisons aussi que des répondantes présentant des conditions de santé ou de mobilité amoindries s'impliquent dans des pratiques de *care* soutenues dans le temps. Les finalités d'action relevées sont diverses: le besoin de relations authentiques, la nécessité de la transmission intergénérationnelle (i.e la générativité selon Erikson et Erikson (1981)), l'importance du don, la pérennisation des valeurs familiales ainsi que le maintien dans le lien social.

À cet égard, les récits rendent compte du caractère actif du *care*, surtout lorsqu'il est mis en opposition à l'inertie sous-tendant l'inactivité et le désengagement social. Dans les classifications traditionnelles, c'est par le travail productif visant une activité marchande que s'évalue l'activité/inactivité du citoyen (Ramos, 2012). Or, appréhender l'agir du *care* comme un processus actif visant à «maintenir, pépétuer et réparer notre 'monde'» (Tronto, 1993, 2013) permet à l'inverse «de rassembler et de rendre cohérentes une série d'activités qui, autrement, paraissent fragmentées, marginalisées, parce

qu'elles sont 'contenues' dans des 'frontières morales' (*moral boundaries*) qui réduisent l'importance du *care* pour l'entretien de la vie humaine» (Paperman, 2015, p. 37).

Dès lors, l'enjeu théorique réside dans l'inscription du *care*, compris comme un éventail de pratiques, dans une forme de citoyenneté sociale. La citoyenneté, telle que vécue au quotidien, ne serait pas qu'un ensemble de droits, de responsabilités et de devoirs, mais aussi un assortiment de relations et de processus permettant aux individus et aux groupes d'être inclus (ou exclus) dans une communauté (Lewis, 2004). C'est à travers les notions d'interdépendance, de réciprocité, de responsabilisation face à autrui et au bien-être de la communauté que la citoyenneté du *care* peut s'actualiser (Sevenhuijsen, 2003). Appréhendée ainsi, la citoyenneté devient plus subjective, ancrée au sein d'une toile de relations, entre le proche et la communauté, permettant à l'individu, en l'occurrence aux femmes âgées, de se poser comme actrices agissantes sur le monde pour assurer sa continuité.

Entre liberté et proximité
«J'ai assez donné!»

Une quatrième et dernière figure de la citoyenneté se distingue dans les récits. Il s'agit d'une figure bicéphale qui oppose deux modalités de la vieillesse-retraite, définies comme: la retraite-liberté et la retraite de proximité. D'un côté, il s'agit de répondantes qui ont effectué une sortie de carrière volon-

taire et qui se tiennent loin de lieux de participation civique et bénévole, estimant «avoir assez donné». Ces dernières disposent de revenus se situant entre la classe inférieure et moyenne, mais possèdent toutes un bon capital social et de santé. Elles se disent actives par leurs loisirs, le sport et les «petits plaisirs» de la vie privée. Aussi engagées dans les pratiques de *care*, notamment celles auprès des petits-enfants, elles considèrent que c'est là «leur bénévolat».

Les finalités d'action qui les animent se résument dans une quête de liberté. «Moi, je n'y crois pas à la société et à la politique», lance une femme qui se décrit comme «égoïste et individualiste», car elle ne veut être assujettie à aucune contrainte qui l'empêcherait de jouir de sa retraite. Elles rejoignent ainsi cette image contemporaine, dans les sociétés libérales, «du citoyen consommateur» (Johansson et Hviden, 2013), davantage tournée vers la vie privée, la satisfaction et le bien-être personnel ainsi que la consommation de services et de loisirs.

D'un autre côté, restant aussi en périphérie des engagements civiques, nous retrouvons les quelques cas de femmes défavorisées et fragilisées, en raison de leurs conditions de vie et de leur état de santé. Aussi limitées par leurs conditions matérielles, elles cumulent peu de capital social, et n'entretiennent pas la quête de liberté précédemment évoquée. Elles vivent une retraite de proximité, confinée la plupart du temps aux activités accomplies dans le privé et dans les sphères de proximité. Se décrivant aussi comme de «bonnes citoyennes», elles «vivent au jour le jour», sans «demander plus que ce qu'elles ont». Elles se maintiennent ainsi précairement dans le lien social, malgré ruptures successives vécues dans la trajectoire. Des enjeux structurels manifestes traversent

leurs témoignages et limitent en réalité leur accès à certains droits sociaux de la vieillesse, qui devraient les protéger contre l'insécurité économique, voire la pauvreté.

Citoyennetés dominantes versus relationnelles

En prenant appui sur la dernière figure et les répondantes aux conditions de vie plus précaires, on se rend compte que le choix d'action et d'engagements sociaux peut rester limité, en raison des inégalités sociales et de santé, ainsi que par l'absence d'opportunités qui traversent les parcours de vie. De fait, les trajectoires montrent que différents facteurs réduisent les possibilités de participation sociale : la sortie du monde de l'emploi, ici imposée et abrupte en raison des conditions de santé, la précarité socioéconomique vécue tout au long de la vie, la rupture progressive avec le réseau social dans l'avancée en âge et le capital social évanescant, ainsi que les états psychologiques et physiques vécus dans le processus de fragilisation. Des décalages sont ainsi présents entre un discours dominant sur le vieillir et la citoyenneté que l'on souhaite aussi «active», lesquels supposent une certaine maîtrise de son bien vieillir, à la fois sur le plan physique, émotionnel, moral et socio-économique.

Dans cette perspective, les figures tracées de la citoyenneté révèlent aussi des tensions entre des formes de citoyennetés dominantes et des citoyennetés que j'ai nommées relationnelles, relevant du lien social et du souci de l'autre. En ce qui concerne les premières, rappelons d'abord que la citoyenneté active contemporaine reste profondément enracinée dans la responsabilité individuelle d'occuper un emploi rémunéré. Les politiques d'activation du vieillissement en matière d'allongement des carrières (EU, 2012; UN, 2002) ne sont pas sans rappeler cet enjeu. Toutefois, cet enjeu normatif tient peu compte des trajectoires de vie marquées par les inégalités sociales, et le peu de structures d'opportunités qui marquent le parcours des personnes âgées les moins favorisées.

Également, la figure de la participation civique relève d'une citoyenneté dominante, puisque, d'hier à aujourd'hui, elle reste focalisée sur les obligations civiques du citoyen de participer à la vie publique de la cité. Ce modèle apparaît non seulement normatif, mais concourt aussi à la dichotomie entre une citoyenneté active et passive (Bartlett et O'Connor, 2010; Lewis, 2004). La citoyenneté active implique les personnes ayant les capacités et les ressources (matérielles et symboliques) pour prendre part aux processus politiques et à la vie démocratique, laissant ainsi de côté les individus qui, pour diverses raisons (i.e conditions de santé, handicaps, absence de ressources) restent hors des lieux d'engagements civiques.

Par ailleurs, les figures de la citoyenneté du *care* et de l'appartenance, reposant sur les droits sociaux



Crédit: Jo Elphick. Certains droits réservés. ©

de la retraite, témoignent quant à elles de l'importance et de la prégnance des dynamiques relationnelles et d'interdépendance qui permettent l'affiliation sociale et le sentiment d'appartenance, à un réseau familial, de proches ou à une communauté de proximité à laquelle on s'identifie. L'identité citoyenne s'éprouve ici dans le lien social, lequel permet de «relier les individus dispersés» et leur donne «le sentiment de s'appartenir mutuellement, d'être engagés dans une vie collective qui intègre chacun de façon entière» (Paugam, 2013, p. 7-8). En d'autres mots, dans le quotidien, l'expérience de la citoyenneté dans le vieillissement ne se conçoit pas uniquement dans la sphère publique: elle s'éprouve dans et par l'entremise de relations de proximité, vécues «de l'intérieur», dans l'échange et le souci d'autrui. Le sentiment d'être dans un rapport d'interdépendance face au proche, à un groupe ou sa communauté est central pour vivre la citoyenneté et, en cela, de rester engagée dans la vie.

Citoyennetés plurielles

Au regard des divers engagements composant les figures de citoyenneté, force est de constater que les conditions sociostructurelles du vieillir ainsi que celles liées à la santé continuent d'informer l'accès aux citoyennetés dominantes. En d'autres termes, les formes de citoyenneté – entre dominantes et relationnelles – révèlent les rapports de pouvoir sous-jacents à la dichotomie des sphères public-privé. Par exemple, les citoyennetés relationnelles restent traversées par les rapports de genre, lesquelles influencent et structurent les contextes dans lesquels les femmes déploient les pratiques du quotidien, et de *care* notamment. Or, si ces formes de citoyenneté, basées sur le lien social, entrent toujours en tension avec les citoyennetés dominantes, donc normatives en raison des rapports de pouvoir qui les contiennent, elles permettent néanmoins de faire entendre d'autres voix, souvent rendues inaudibles, et ce, afin de penser des citoyennetés plurielles dans l'avancée en âge.

Pour atténuer l'effet de ces rapports de pouvoir sur diverses formes de citoyenneté vécue, et compte tenu des inégalités sociales qui ne cessent de croître, des politiques uniquement centrées sur le paradigme de l'activation ne peuvent suffire comme réponse sociale au «problème» du vieillissement. Nos résultats témoignent du fait que personne ne souhaite vieillir en étant dépendante de l'État, même de ses proches, que ce soit sur le plan socio-économique ou physique.

Dans ce contexte, ne serait-ce pas utile d'envisager le vieillissement selon une autre vision du monde? Une vision qui serait aussi construite sur un paradigme soutenu par l'éthique du *care*, comme le propose Tronto (2013), qui tient compte de la vulnérabilité humaine afin d'appréhender les fragilités humaines liées aux vieillissements. Penser ainsi des politiques sociales sur d'autres modes référentiels que ceux de l'activation, de l'autonomie et de la

responsabilité individuelle, permettrait de se doter de principes moraux et de politiques qui rendraient davantage effectifs les droits humains fondamentaux afin de rendre tangible le droit au vieillir digne pour tous et toutes.

Notes

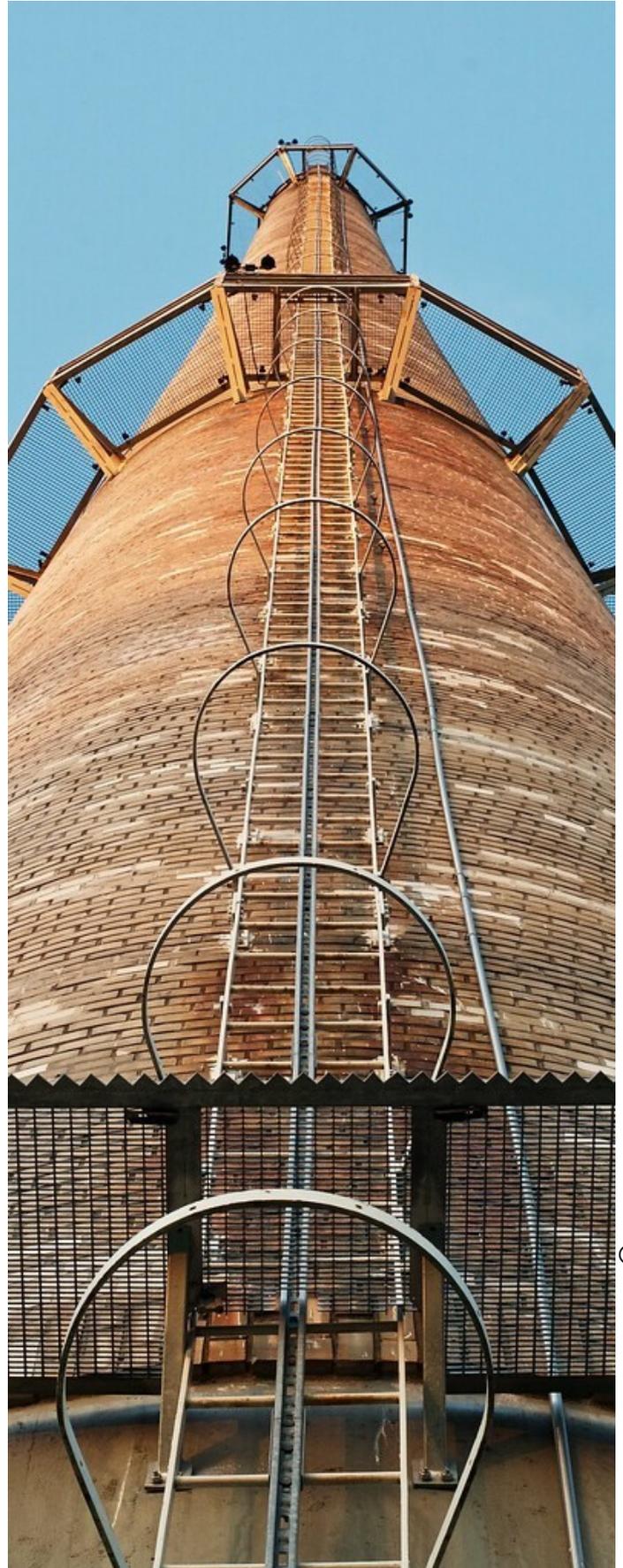
1. Comme l'évoque l'historienne Aline Charles (2007, p.42), «forte et même fulgurante, la progression du taux d'activité des Québécoises de 1951 à 1981 ne concerne – au mieux – que la moitié d'entre elles».
2. Les travaux de pionnières féministes sur cette question sont nombreux. Pour une excellente synthèse, voir Collectif (2000).
3. Concept emprunté à Ruth Lister (2007).
4. Pour une description de la méthodologie, voir Marchand (2018).

Références

- Bartlett, R., & D. O'Connor (2010), *Broadening the dementia debate: Towards social citizenship*, Bristol, Policy Press.
- Brugère, F. (2010), «L'éthique du care: entre sollicitude et soin, dispositions et pratiques» in L. Benaroyo, C. Mino, & F. Worms (Eds.), *La philosophie du soin*, Paris, Presses Universitaires de France, p.69-86.
- Charles, A. (2007), *Quand devient-on vieille? Femmes, âge et travail au Québec 1940-1980*, Québec, Presses de l'Université Laval.
- Erikson, E., & J. Erikson (1981), "On generativity and identity: From a conversation with Erik and Joan Erikson", *Harvard Educational Review*, 51(2), p.249-269.
- European Union (EU). (2012). *European Year of Active Ageing and Solidarity between Generations. European Parliamentary Research Service*.
- Gouvernement du Québec. (2012). *Vieillir et vivre ensemble. Chez soi, dans sa communauté, au Québec*. Québec.
- Grenier, S. (2009), *L'emploi et la citoyenneté: une fragile alliance. Étude du lien entre l'emploi et la citoyenneté* (thèse de doctorat), Montréal, Université de Montréal.
- Jensen, P. H., & B. Pfau-Effinger (2005), "'Active' citizenship: the new face of welfare", in J. G. Andersen, A.-M. Guillemard, P.H. Jensen, B. Pfau-Effinger, & G. Daly (eds.), *The changing face of welfare: consequences and outcomes from a citizenship perspective*, Royaume-Uni, Policy Press, p. 1-14.
- Jenson, J. (2011), «Politiques publiques et investissement social : quelles conséquences pour la citoyenneté sociale des femmes?», *Cahiers du Genre* (2), p.21-43.
- Johansson, H., & B. Hvinden (2013), "Toward a post-marshallian frame-work for the analysis of social citizenship", in E. Adalbert & A.-M. Guillemard (Eds.), *Social Policy and citizenship : The changing Landscape*, Oxford, Oxford University Press, p.35-79.
- Lewis, G. (2004), *Citizenship: personal lives and social policy (vol. 4)*, Bristol, Policy Press.
- Lewis, J. (2007), "Gender, ageing and the 'new social settlement': the importance of developing a holistic approach to care politics", *Current sociology*, 55(2), p.271-286.
- Lister, R. (1997), *Citizenship: Feminist Perspectives*, New York, New York University Press.
- Marchand, I. (2018), "Stories of contemporary aging: An analysis of "lived" citizenship in later life", *Journal of gerontological social work*, 61(5), p.472-491.
- Marchand, I., & O. Firbank (2014), «Le vieillir actif des femmes âgées: conceptualiser la citoyenneté au

«ne serait-ce pas utile d'envisager le vieillissement selon une autre vision du monde? Une vision [...] soutenu[e] par l'éthique du care, [...] qui tient compte de la vulnérabilité humaine afin d'appréhender les fragilités humaines liées aux vieillissements.»

- quotidien», *Lien social et Politiques* (71), p.237-253.
- Marques-Pereira, B. (2003), *La citoyenneté politique des femmes*, Paris, Armand Colin.
- Marchand, I., A. Quéniart, & M. Charpentier (2013), «Les classifications du vieillissement: Quelle résonance dans les représentations des femmes âgées?», *Anthropologie*, 12.
- Marshall, T. H. (1963), «Citizenship and Social Class », in H. T. Marshall (Ed.), *Class, citizenship and social development*, Chicago, Chicago University Press, p.148-154.
- Moulaert, T., & D. Léonard (2012). « Le vieillissement actif : Regards pluriels », *Politiques sociales*, (1-2), p.4-9.
- Paperman, Patricia. 2015, «L'éthique du care et les voix différentes de l'enquête», *Recherches féministes*, 28 (1), p.29-44.
- Paugam, S. (2013), *Le lien social*, Paris, Presses Universitaires de France.
- Ramos, S. (2012), « Après le travail: quel sens les individus donnent-ils à leurs activités », *Les politiques sociales*, (1-2), p.126-137.
- Sevenhuijsen, S. (2003), "The Place of Care The Relevance of the Feminist Ethic of Care for Social Policy", *Feminist Theory*, 4(2), p.179-197.
- Steiner, B. (2012), *Activation et politiques de retraite considérations au regard de la catégorie "travailleur âgé"*. Article présenté à «Politiques sociales et contreparties : un nouveau schème des politiques sociales à l'échelon global», Université de Lausanne, Suisse.
- Tronto, J. C. (1993), *Moral boundaries: A political argument for an ethic of care*, Psychology Press.
- Tronto, J. C. (2013), *Caring democracy: markets, equality, and justice*, New York, NYU Press.
- United Nations (UN) (2002), *Political Declaration and Madrid International Plan of Action on Ageing. Madrid: Second World Assembly on Ageing*.
- Walby, S. (1994), "Is citizenship gendered?", *Sociology*, 28(2), p.379-395.
- Walker, A. (2002), "A strategy for active ageing", *International Social Security Review*, 55(1), p. 121-139.
- World Health Organization (WHO) (2002), *Active ageing: a policy framework.*, Genève, WHO.



S'engager autrement dans un projet collectif alternatif

Expérimentations et compromis

Mélissa Moriceau
 Doctorante en sociologie,
 Université de Montréal

Lorsqu'on demande aux membres du collectif de définir le Bunker¹, personne n'arrive à déterminer précisément s'il s'agit d'une association, d'un lieu, ou encore d'un collectif. C'est néanmoins un espace qui ne laisse pas indifférent. Situé à Hochelaga-Maisonneuve, cet espace autonome et co-géré se donne la mission d'accueillir des spectacles d'art (principalement d'humour) dans le sous-sol où vivent ses locataires en s'ouvrant temporairement au public le temps des représentations. À mi-chemin entre le lieu résidentiel et la salle de spectacle, le Bunker prend l'expression d'un espace à la fois économique et culturel, dans lequel les jeunes tentent de transformer des contraintes en ressources : la possibilité d'aménager des spectacles comme ils l'entendent en diffusant des valeurs qui leur ressemblent.

Comme dans d'autres espaces intermédiaires, le Bunker propose une alternative à la création artistique traditionnelle, qui n'est plus délimitée selon les règles et les conventions des institutions mais par les ressources et les aspirations des membres du collectif. Il s'agit en somme de profiter de l'affaiblissement des «règles légitimes» (Reynaud, 1989) pour redéfinir l'espace de création : comment s'approprier et détourner un lieu, comment co-construire une initiative portée à plusieurs, mais surtout comment imaginer d'autres formes de production artistiques et d'autres possibilités de collaboration en dehors des circuits institutionnels.

À la limite de la légalité, le Bunker échappe aux conventions et aux normes de régulation présentes dans les lieux institutionnels tels que les bars ou les salles de spectacle : pas de queue ou de contrôle à l'entrée, logique du «prix-don», possibilité d'y amener son alcool et ses joints que l'on partage par ailleurs avec les artistes avant et après le spectacle. Précisons que le Bunker est un espace particulier : sur scène, on peut tout y dire, ou presque. Affranchis des normes de régulation qui sont habituellement présentes dans les lieux conventionnels de spectacle comme les bars ou les salles de spectacles, les humoristes ont la possibilité d'aborder des sujets souvent considérés comme tabous et sensibles qui

Cet article présente les résultats d'un projet de recherche présenté à l'organisme Transformative Youth Spaces (TRYSPACES). Sont ici mobilisés dix entretiens semi-dirigés auprès de trois groupes d'acteurs qui gravitent dans le projet du collectif : les habitants (4), les voisins (2) et les humoristes (4) qui s'y produisent. Les entretiens ont exploré a) les degrés d'engagement et d'implication de chacun de ces acteurs vis-à-vis du collectif, b) les convictions et valeurs personnelles, c) les frontières reliées à ces milieux : adaptation, renoncement, transgression des normes imposées par ces sphères et d) les modalités de l'utilisation et de la gestion de l'espace et ses limites. Pour compléter l'analyse, dix séances d'observation ethnographiques ont été réalisées lors des représentations.

sont d'ordinaire proscrits dans les sphères institutionnelles : des blagues sur la pédophilie, des blagues sur le suicide, des blagues sur le cancer ou sur la mort.

Espaces intermédiaires

Au-delà d'une nouvelle proposition à la production et la consommation culturelle, les «espaces intermédiaires» comme le Bunker s'inscrivent dans la lignée des nouveaux modes d'action collective qui émergent dans les années 1990 (Rouilleau-Berger, 1993). Projets associatifs, collectifs, espaces de vie autogérés : les jeunes d'aujourd'hui investissent d'autres formes de création et d'engagement que celles proposées par les institutions. Ce sont d'abord des espaces expérimentaux où les jeunes mobilisent une «créativité de l'agi» (Villasante, 2006), une forme d'action ni «rationnelle», ni «normative» mais qui s'inscrit dans une logique d'«expérimentation» où les acteurs formulent de nouvelles valeurs, de nouvelles normes, de nouvelles idées.

Ces espaces participent aux «pratiques artistiques off» ou aux «événements off» (Vivant, 2007) qui ne sont pas reconnus institutionnellement et qui sont souvent marqués par une très grande précarité éco-

nomique et matérielle. Cet appel à l'expérimentation se double d'une collaboration nécessaire entre les membres du groupe, collaboration qui donne lieu à l'élaboration de référents communs, d'une vision commune. Ces alternatives culturelles peuvent être ainsi envisagées comme une occasion pour les jeunes de collaborer, d'innover, de co-construire un discours commun sur eux et sur la société.

En se libérant des normes de régulation qui sont présentes dans les sphères institutionnelles, on pourrait penser que ces espaces de création s'organisent de façon autonome, en suivant leurs propres règles. Pourtant, loin d'être en rupture avec la société, ces projets en marge doivent s'ajuster à un ensemble de normes pour continuer d'exister : se conformer à une formule pré-existante pour fixer des repères stables, respecter le voisinage, s'aligner avec les «codes» qui dominant (ici, dans le monde de l'humour). Ces ajustements ne s'appliquent pas qu'aux seuls membres organisateurs: les humoristes qui s'y produisent doivent prendre en compte les valeurs diffusées par le collectif. Et c'est cet ensemble de compromis qui reformule l'expérience collective en créant un discours commun. Au carrefour de cet ensemble de libertés et contraintes, il est ici question de s'interroger sur la vocation de ces espaces intermédiaires et sur les compromis mis en œuvre pour les faire perdurer.

Expérimentations

Le Bunker n'est pas une salle comme les autres. À défaut de projecteurs, des guirlandes de Noël illuminent

l'espace, ajoutant un soupçon d'intimité et de promiscuité. Le public ne s'installe pas sur des sièges mais sur des matelas, coussins et autres douillettes qui jonchent le sol. Spectateurs et humoristes sont souvent très proches : seuls quelques centimètres les séparent de la scène, laquelle est en outre à hauteur du public. Cette proximité n'est pas seulement spatiale, les humoristes et les spectateurs étant majoritairement des clients réguliers, certains ont noué des liens d'amitié serrés. C'est dans cette ambiance, plus proche de la camaraderie que de la performance scénique qu'évoluent les artistes qui se produisent au Bunker.

Entre la salle de spectacle et le lieu de résidence, les membres du collectif souhaitent que l'on s'y sente «comme à la maison». Le message est pris tel quel: la régularité des spectacles, la fidélité du public, et «l'après show» participent à générer la confiance entre le public et les spectateurs. Certains membres du public sont d'ailleurs encouragés à se produire lors des représentations. Comme dans d'autres espaces intermédiaires, les spectacles au Bunker sont propices aux expérimentations. L'une des humoristes qui s'y produit régulièrement précise : «Une salle comme le Bunker, c'est une salle incroyable parce que c'est comme donner une toile blanche à un peintre. Mais après ça, c'est qu'est-ce que t'en fais: est-ce que tu prends ça au sérieux, comment tu l'abordes?».

Les artistes ne sont pas les seuls à profiter de cette formule en liberté : les membres du collectif ont souligné à quel point ce lieu est propice à la réalisation



d'essais, de tests. L'intégralité du projet est d'ailleurs née d'une idée très simple : «On a eu un super sous-sol et on ne savait pas quoi faire, donc on a décidé de faire de l'humour», explique l'une des organisatrices du projet.

Cette série de tests et d'expérimentations se manifeste concrètement par la réalisation de nouveaux projets en lien avec les ressources et les aspirations des habitants. Si les spectacles d'humour représentent une part importante des activités du Bunker, le collectif a déjà mis en place un ensemble d'événements tels que du *live painting*, des soirées poésie, des concerts, des soirées de projections de films. Il s'agit en somme d'aller au-delà de la seule sphère du stand-up pour proposer un éventail d'activités qui résultent des aspirations de chacun. Un membre du collectif nouvellement installé au Bunker partage : «Quand je suis arrivé, je m'attendais à un truc moins sauvage. T'as l'impression que c'est funky, que n'importe quelle colocation pourrait proposer quelque chose, du moment qu'ils se démerdent et qu'ils le mettent en place». Comme si, finalement, chacun était en mesure de passer à l'acte.

Ouvert aux amateurs, le Bunker est un espace propice à l'essai et à l'initiation. Pour certains des artistes qui s'y produisent, cette scène prend l'expression d'une voie d'exposition leur permettant de valider leur potentiel artistique et de s'insérer, à terme et s'ils le souhaitent, au sein des espaces institutionnels. À ce titre, ces scènes alternatives peuvent être considérées comme un univers parallèle au monde officiel, un essai de construction d'un monde de l'art (Becker et al., 1988) qui se situent en parallèle du marché de l'art officiel. Ces espaces permettent alors d'interroger à la fois la légitimité de la production culturelle de ces micro-mondes, mais aussi ses formes créatrices par rapport aux sphères institutionnelles.

Ouvertes à un autre type de public, et avec une formule plus souple, elles viennent dresser un modèle novateur dans lequel les artistes viennent puiser des sources de renouveau. Une humoriste qui s'y produit régulièrement explique : «le Bunker m'a fait énormément grandir, c'est grâce à eux que j'ai trouvé ma vérité scénique. Parce que les autres salles ont un décorum, j'avais l'impression qu'il fallait que je sois un personnage. Au Bunker, je suis déjà arrivé là en ayant fumé un bat, et je parlais juste aux gens et j'ai vraiment compris des trucs en *stand up*. Après ça j'ai compris des mécanismes et j'ai pu les amener dans des salles où il y a plus de décorum, et je rentre mieux après dans ces salles-là.»

Soulignons aussi le potentiel de ces micro-organisations du côté des organisateurs : des compétences y naissent, des vocations s'y développent. L'organisation souple et horizontale, propice à l'organisation et à la gestion à plusieurs et aux initiatives individuelles mobilisent des savoir-faire relationnels et des «compétences créatives» (Rouilleau-Berger, 1999). On y apprend l'organisation, la communica-

tion, le réseautage, des compétences convoitées qui s'inscrivent parfois sur le curriculum vitae des membres du collectif. Comme l'a observé Laurence Rouilleau-Berger (1991) sur un terrain similaire, ces espaces constituent parfois des filières intermédiaires d'insertion socioéconomique. En se situant aux frontières de la légalité, l'appropriation et le détournement de ces lieux conduisent à s'interroger sur les représentations sociales de l'espace, et finalement sur le sens que les individus donnent à la marge.

Ajustements

A priori libéré des conventions sur le déroulement des spectacles, le fonctionnement au Bunker s'organise moins sous le règne du chaos total que dans celui d'une liberté collective qui respecte une éthique du vivre-ensemble. Respecter ses voisins et l'ensemble des personnes qui sont présentes lors des représentations, mais aussi se conformer aux normes du milieu du stand-up. S'il est possible de considérer l'adoption de ce code de conduite comme une contrainte qui vient circonscrire les possibilités offertes dans un lieu qui pourtant fait l'éloge de la liberté, ces limites ne sont pas vécues comme des contraintes. D'abord, parce que ces exigences sont nécessaires à la pérennité des spectacles, ensuite parce qu'elles contribuent à véhiculer une image plus professionnelle, et surtout pour respecter le bien-être de tous.

Afin de pouvoir continuer d'organiser des représentations, les organisateurs doivent s'assurer de respecter des règles de bienséance entre voisins : pas de débordements, pas de bruit après 23 heures, etc. Pour faire perdurer les spectacles, le collectif doit se comporter comme de «bons occupants» (Bouillon, 2009) auprès du voisinage. L'objectif est d'entretenir des rapports avec l'environnement en se conformant aux règles de savoir-vivre dans une «recherche de légitimité politique, seule voie possible à la pérennisation des initiatives» (Lextrait et al., 2001, p. 14). Le maintien de ces liens peut jouer un rôle important dans l'obtention de ressources. Or, deux de leurs voisins se révèlent être des humoristes, ce qui constitue un atout de taille. Leurs relations relèvent surtout de l'entraide, puisque ces derniers leur prêtent du matériel, assistent occasionnellement aux représentations et s'y produisent parfois. Afin de conserver ces relations privilégiées, les organisateurs s'assurent qu'il n'y ait pas de débordements lors des soirées.

Le Bunker est un espace hybride, puisqu'il se situe à mi-chemin entre une salle de spectacle et un lieu privé. Il est donc nécessaire de sensibiliser le public, de lui faire comprendre que cet espace est avant tout un lieu résidentiel. Un membre du collectif fait part de ce malaise : «il y a un ajustement qui n'est pas vraiment évident. On est une salle de spectacle, mais on est aussi chez nous, donc ça implique que... Dans une salle de spectacle, t'as tendance à jeter ton verre de bière par terre, parce que quelqu'un est

DOSSIER

«A priori libéré des conventions sur le déroulement des spectacles, le fonctionnement au Bunker s'organise moins sous le règne du chaos total que dans celui d'une liberté collective qui respecte une éthique du vivre-ensemble.»

«Le Bunker peut être qualifié d'espace-test : [...] un moyen de faire naître et diffuser des convictions sociales, politiques et culturelles.»

payé pour nettoyer après.». Au fil des soirées, le collectif a donc pris la décision de visibiliser davantage les «règles» de la maison, en mettant des avertissements sur les événements de la page Facebook et en face à face durant l'arrivée des invités. Les trois règles principales : ne pas crier dehors, ne pas fumer à l'extérieur pour respecter le voisinage, ne pas tirer la chasse d'eau pendant les spectacles. Le public étant majoritairement constitué d'un auditoire régulier, les règles seraient généralement respectées. En outre, étant donné le caractère bénévole de la démarche, les participants montreraient plus de retenue que dans les soirées payantes.

Sans renoncer au maintien d'une atmosphère permissive et conviviale, l'organisation des spectacles doit nécessairement se référer à des repères stables et unanimement partagés : mettre en place des représentations, oui, mais pas n'importe comment. L'une des organisatrices précise : «Tu sais il y a des normes dans chaque milieu. Il y a des normes dans la poésie, dans l'humour, et faut qu'on s'adapte à ces milieux-là, on n'a pas le choix». La création d'un projet collectif alternatif, construit à travers le processus d'essai-erreur (Llobet Estany, 2010) passe par la conformisation à un certain nombre de «codes» qui dominent dans le monde de l'humour et plus généralement dans le monde de l'art. Si l'audace est encouragée, celle-ci n'est pas absolue.

On remarque que cette formule expérimentale et brute du départ s'est aménagée et s'est développée selon des normes partagées par toutes et tous. Sans en avoir l'intention au départ, ces normes se sont cristallisées au fil du temps, au cours de leurs expérimentations avec le public et avec les artistes. Parmi ces préceptes implicites, citons d'abord les normes de savoir-être, un ensemble d'attitudes et de réactions adaptées à ces espaces : «au début, Francis [un ancien colocataire] disait aux artistes que c'était laid ce qu'ils faisaient, et ça, ça passerait plus. Et il avait dit à quelqu'un d'autre que ses dessins ressemblaient à des dessins d'enfants. À ce moment-là on ne connaissait pas les normes. Le mec qui faisait le *live painting* on ne l'avait pas payé, puis il en avait reparlé, il l'avait écrit sur ses photos. Puis tu sais je le comprends, mais tu sais on ne savait pas comment ça marchait. Et ça, ça n'arriverait plus», explique l'une des habitantes. Mentionnons aussi des normes de savoir-faire, qui sont ici traduites par les efforts de professionnalisme du collectif : acquisition d'un micro, recrutement d'une chroniqueuse et d'un organisateur. Sans véritablement entrer dans la convention, il s'agit plutôt de rendre visible le sérieux de la démarche.

Engagements et défis

Enfin et surtout, ce projet collectif prend l'expression d'un moyen d'action politique pour vivre et pour diffuser les engagements des jeunes. Le lieu qu'ils investissent se manifeste comme une scène ouverte dont les contours sont dessinés par les

convictions et les aspirations personnelles de chacun. Les engagements qu'ils défendent s'articulent symboliquement autour de l'idée d'ouverture : un lieu ouvert aux artistes émergents, un lieu accessible à toutes les bourses et dans lequel chacun est libre de s'exprimer librement. Plutôt que de «lutter contre» le rapport de domination des scènes institutionnelles, le mode de participation des jeunes est de créer concrètement une alternative, une scène ouverte pour quiconque respecte et partage les valeurs du collectif. Ce dernier affiche en effet ouvertement ses missions et ses valeurs inclusives, par exemple sur sa page Facebook ou lors des représentations. Le Bunker peut ainsi être qualifié d'espace-test : un essai sur la construction d'un projet à plusieurs, un effort de chacun pour réaliser des compromis, un moyen de faire naître et diffuser des convictions sociales, politiques et culturelles.

Parmi leurs modes d'action privilégiés, notons d'abord la logique du prix-don. Si les membres suggèrent au public d'offrir 5 dollars, la contribution est volontaire au Bunker. Cette rétribution n'est pas forcément monétaire. Il est possible de payer en cigarettes, en bières, en nourriture. L'objectif de cette contribution volontaire : mettre la culture à disposition de tous en assurant un spectacle accessible à toutes les bourses. Dans le même temps, le caractère volontaire de la participation permettrait de désengager le collectif si le spectacle n'est pas apprécié. En brisant cet engagement vis-à-vis du public, le prix libre contribuerait à rassurer les organisateurs autant que les artistes : en ayant moins d'attentes, on n'y serait que positivement surpris.

Au fil de ces soirées, les membres sont parvenus à amasser assez d'argent pour payer les artistes lors des «shows de rodage» qui se déroulent une fois par mois. Lors de ces soirées, le Bunker leur reverse 25 dollars chacun : «C'est normal qu'on les paye, c'est grâce à eux qu'on existe, si on n'a pas d'artistes on n'a pas de Bunker» signale l'une des membres du collectif. Cette dernière, parallèlement chargée de projet dans une entreprise de vente de spectacles pour aînés souligne l'importance de ne pas «escroquer» les artistes : «À mon travail, j'achète [leurs spectacles] vraiment pas cher et je les revends vraiment très cher. Ici, je les fais juste venir et je divise l'argent entre nous et les artistes et ils sont vraiment contents, je ne fais pas de profit sur eux». Même minime, cette rétribution, est très appréciée des humoristes qui sont habituellement payés «en bière» dans les bars où ils se produisent.

Une autre de leurs préoccupations majeures est l'intention de mettre en place un *safe space*, notamment autour de la question du genre et de l'orientation sexuelle. Le collectif a souligné l'importance de créer un espace intolérant aux discours anti-LGBT, au harcèlement, un espace sûr pour les personnes gays, lesbiennes, bisexuelles et transgenres. Si les habitants souhaitent encourager un environnement où chacun puisse s'exprimer librement, ils refusent cependant de s'afficher comme un *safe space*, en considérant qu'ils ne puissent



Crédit: Phillip Pessar. Certains droits réservés. ©

DOSSIER

garantir des dérapages éventuels. Malgré tout, le ménage se ferait «tout seul», puisque les propos non-inclusifs seraient d'abord rejetés par le public.

Néanmoins, la mise en place d'un *safe space* se heurte à certaines contradictions qui tendent à faire disparaître la portée subversive pourtant revendiquée par le collectif. En effet, un *safe space* n'est pas un espace neutre. Les humoristes doivent donc conjuguer avec cette atmosphère lors des représentations, et donc adapter leur discours en fonction des valeurs qui sont présentes dans la salle. Des valeurs relativement ouvertes, où il est possible de presque tout dire, sauf «des blagues sur les trans, ou sur les putes» précise l'un des artistes. Pour d'autres humoristes, la limite se situerait dans les débats excessivement politisés ou les propos qui vont à l'encontre des valeurs LGBT et progressistes du Bunker. Or, en bannissant certains débats, la parole est alors régulée par le groupe. Dans ces circonstances, le *safe space* prend l'expression d'une entrave à la liberté d'expression puisqu'il censure les propos qui vont à l'encontre des valeurs du groupe. Enfin, une autre préoccupation (toutefois plus marquée chez les humoristes) est d'aller au-delà de l'humour grand public. L'humour «qui dérange» est présenté comme une invitation à réfléchir sur les enjeux sociaux : il s'agit de dévoiler un problème au public, de l'aborder sous un angle nouveau afin de créer de nouvelles réflexions sur un sujet. Le *stand up* devient alors un langage qui permet de dépeindre un climat social. L'une des humoristes pré-

vient : «Mon idée c'est d'être au premier front des changement sociaux, d'être les premiers à dire un certain discours qui est plus *tough* à accepter parce que souvent les artistes, dans l'histoire, ont été au premier front du changement social».

La scène prend alors l'expression d'un espace revendicatif qui, par son caractère éphémère, s'insère pleinement dans la modernité. Elle poursuit : «On est la génération de l'instantanéité, du *3 seconds attention span*, du TDAH, donc l'humour est je pense la forme d'art qui caractérise le mieux notre siècle. La preuve, ce n'est pas encore reconnu comme une forme d'art». Si l'humour se caractérise par le fait de penser différemment des autres, les artistes soulignent qu'ils cherchent à bousculer les mœurs et les repères pour provoquer le changement. Or, l'humour «qui dérange» serait peu à peu remplacé par un humour plus accessible et sans vagues : «C'est rare, avec ce qu'est l'humour au Québec, avec la monétisation artistique, d'avoir des gens qui ont le *guts* d'aller contre les grands schèmes de pensée», regrette l'une des humoristes.

Selon l'historien québécois Robert Aird (2004), cette forme d'humour aurait laissé place à un humour de masse «positif et désinvolte», sans portée critique. Il s'agirait ainsi de créer une atmosphère «cool», une «société humoristique» qui se propagerait dans toutes les sphères de la société. Alors que les artistes qui se produisent au Bunker (et ils ne sont sans doute pas les seuls) déplorent l'abandon de

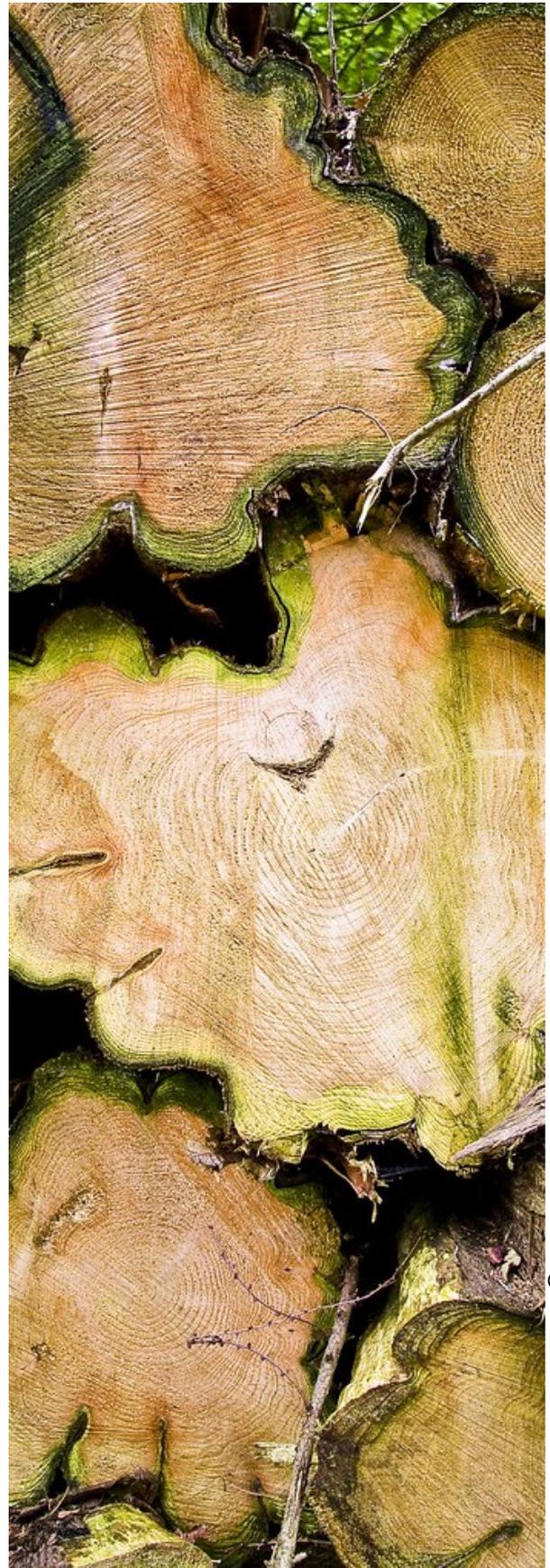
l'art qui dénonce pour l'art rémunérateur, les lieux intermédiaires peuvent être une des réponses permettant de préserver ces discours qui tendent à se marginaliser. À condition, bien sûr, que ces discours aillent dans le sens des valeurs prônées par le collectif.

Notes

1. À des fins d'anonymat, la dénomination du collectif a été modifiée.

Bibliographie

- Aird, Robert (2004), *L'histoire de l'humour au Québec: de 1945 à nos jours*, Montréal, VLB.
- Becker, Howard Saul, Pierre-Michel Menger, et Jeanne Bouniort (1988), *Les mondes de l'art*, Paris, Flammarion.
- Bouillon, Florence (2009), *Les mondes du squat: anthropologie d'un habitat précaire*, Paris, PUF.
- Lextrait, Fabrice, Marie Van Hamme et Gwenaëlle Grousard (2001), *Une nouvelle époque de l'action culturelle. Deuxième volume: étude*, France, Secrétariat d'État au Patrimoine et à la Décentralisation Culturelle.
- Llobet Estany, Marta (2010), «Le squat: un espace de socialisation et une alternative à la stigmatisation de la précarité des jeunes», *Sociétés et jeunesse en difficulté. Revue pluridisciplinaire de recherche*, hors-série.
- Reynaud, Jean-Daniel (1989), *Les règles du jeu. L'action collective et la régulation sociale*, Paris, Armand Colin.
- Roulleau-Berger, Laurence (1991), *La ville intervalle: jeunes entre centre et banlieue*, Paris, Éditions Méridiens-Klincksieck.
- Roulleau-Berger, Laurence (1993), «La construction sociale des espaces intermédiaires: l'exemple de jeunes en emploi précaire face aux politiques sociales», *Sociétés contemporaines*, 14(1), p.191-209.
- Roulleau-Berger, Laurence (1999), *Le travail en friches. Les mondes de la petite production urbaine*, Paris, Éditions de l'Aube.
- Villasante, Tomás R (2006). *Desbordes creativos: estilos y estrategias para la transformación social*, Madrid, Reversos del Leviatan.
- Vivant, Elsa (2007), «Les événements off: de la résistance à la mise en scène de la ville créative», *Géocarrefour- Revue de géographie de Lyon* 82(3), p.131-40.



La défense collective des droits à l'aide sociale

Stratégies de résistance

Elisabeth Greissler

Professeure adjointe, École de travail social,

Université de Montréal

Membre du CREMIS

Yann Tremblay-Marcotte,

Étudiant à la maîtrise, École de travail social,

UQÀM

DOSSIER

Le système d'aide sociale québécois s'inscrit dans une logique d'État-providence selon laquelle la protection sociale est résiduelle (Esping-Andersen, 1999) ce qui lui donne son caractère d'aide de dernier recours pour les populations les plus exclues. Ainsi repose-t-il sur une philosophie d'aide conditionnelle (participation à des plans d'intégration à l'emploi) et contraignante (coupures des prestations en cas de manquement aux obligations) (Barbier, 2009). Les politiques d'activation et la logique de contrôle progressivement mises en place par l'État entrent en contradiction avec les valeurs défendues par certains organismes communautaires qui travaillent auprès de personnes assistées sociales. En défense de droits, les intervenant.e.s considèrent non seulement que les prestataires de l'aide sociale sont déjà actifs.ves et réalisent un «travail invisible» (Robert et al., 2018), mais aussi que leur insertion ou leur contribution à la société ne repose pas exclusivement sur le travail salarié. Émergent alors des oppositions, des conflits ou des résistances avec l'État. Tandis que se développent au sein du système de l'aide sociale des approches punitives et coercitives (contrôle, obligations et sanctions), on peut se demander comment s'organise la résistance des organismes de défense de droits.

La notion de «résistance» est au cœur de l'action communautaire québécoise, dont l'émergence repose sur ses prises de position sur la construction d'un État providence. L'action communautaire oscille entre «protestation et proposition, résistance et construction» (Lachapelle, 2007: 176). Les différentes approches qui la caractérisent (socio-communautaire, socio-économique, socio-institutionnelle et socio-politique) marquent cette oscillation entre volonté de transformation sociale ou «stratégie confrontationnelle» et volonté d'accompagnement des personnes aux changements socio-

politiques ou «stratégie émancipatoire» (Sauvé et al., 2018).

Dès le premier projet de loi sur l'aide sociale, l'opposition et la résistance se font jour (Labrie, 2015). Est par exemple décriée la catégorisation des prestataires et, partant, la différenciation dans les montants attribués en fonction d'abord de l'âge puis de l'aptitude au travail. La résistance au cœur de l'action communautaire est donc un combat contre l'injustice en termes d'inégalités sociales, économiques, politiques et culturelles. Or, non seulement cette résistance n'est pas clairement identifiée comme telle dans les pratiques (elle est plus ou moins visible et plus ou moins revendiquée), mais elle s'adapte en fonction du contexte politique, notamment en matière de défense de droits.

Cet article présente les faits saillants qui ressortent de trois groupes de discussions réalisés avec 12 intervenant.e.s de trois organismes engagés dans des activités de défense de droits à Montréal : Projet Genèse¹, le Regroupement des Auberges du cœur² et les Services juridiques communautaires de Pointe-St-Charles³. Cette démarche de documentation des résistances est l'un des volets d'un projet de recherche en cours sur les pratiques punitives à l'aide sociale⁴. Ce volet porte plus précisément sur la résistance des organismes de défense des droits. Sans être exhaustif, notre échantillon est intéressant pour sa diversité en termes d'approches de défense collective de droits. Projet Genèse et les Services juridiques communautaires de Pointe-St-Charles ont une structure relativement semblable, avec à la fois un service de cas individuels et des volets d'organisation communautaire. Les Auberges du cœur fonctionnent quant à elles sur le mode d'un milieu de vie avec certaines pratiques démocratiques (comités de jeunes, CA, etc.) ainsi que des pratiques diversifiées

en défense des droits, mais aussi un comité de défense des droits animé au niveau national du Regroupement.

Défense

Alors qu'en théorie, la résistance s'incarne davantage dans les pratiques de défense collective de droits – notamment selon une approche sociopolitique et une analyse systémique des difficultés des personnes –, en matière d'aide sociale, des formes de résistance certes plus silencieuses sont aussi développées en défense individuelle de droits. Globalement, l'ensemble des groupes rencontrés réalise des activités d'éducation populaire et mène des activités de représentation, mais ils ne sont pas toujours en capacité de mettre en place des mobilisations sociales. En somme, la résistance ne se traduit pas toujours par le déploiement d'une stratégie confrontationnelle ou contestataire (Sauvé et al., 2018).

À Projet Genèse et aux Services juridiques communautaires de Pointe-St-Charles, la défense de droits est la mission principale et ainsi la porte d'entrée de l'organisme vers la mobilisation des personnes assistées sociales. Celle-ci s'opérationnalise dans des comités des premiers concernés. Tandis que les intervenant.e.s des Auberges du cœur, en milieu de vie, privilégient une approche d'intervention individuelle formelle et d'intervention collective plus informelle. En outre, tous n'ont pas le financement suffisant pour un poste à temps complet d'organisateur communautaire. Cependant, tous les organismes de notre échantillon participent à des actions communes, par exemple «Pauvre et Captif» ou la «Coalition Objectif dignité». C'est ici que se loge le plus distinctement la résistance aux changements législatifs ou la défense collective de droits.

De plus, comme bien d'autres, ces trois organismes communautaires développent des actions de lutte contre la pauvreté au sens large. En effet, les situations des personnes accueillies dépassent la seule question de l'aide sociale et concernent tout autant

l'accès et le maintien en logement, la santé mentale et physique, le manque d'accès aux services publics et la discrimination, entre autres. Les intervenant.e.s sont amené.e.s à soutenir ces personnes aux prises avec de multiples difficultés tout en cherchant à agir politiquement sur plusieurs enjeux structurels de la pauvreté. Ainsi, l'action politique en matière d'aide sociale dans le cadre de la défense collective de droits n'est qu'une partie de leurs actions.

En défense individuelle de droits, les intervenant.e.s accompagnent les personnes dans les démarches d'accès aux droits, mais aussi pour corriger des erreurs administratives et répondre à de «fausses accusations»⁵. Lorsque les intervenant.e.s travaillent pour les personnes en défense individuelle de droits, ils et elles peuvent, par exemple, être amené.e.s à intervenir directement auprès de l'agent.e du prestataire aidé. Certain.e.s relatent des situations où ils ou elles ont été amené.e.s à négocier pour le prestataire avec une procuration, à sensibiliser les agent.e.s à la réalité des prestataires ou à établir un lien de confiance pour faciliter la collaboration ou encore de répondre à des demandes d'information ou de clarification. La relation entre intervenant.e et agent.e est cependant complexe, car si l'intervenant.e adopte une attitude trop revendicative, l'accès à l'aide sociale pourrait être plus difficile et l'organisme comme le prestataire en question pourraient faire l'objet d'un étiquetage. Ce qu'explique cette intervenante : «Il faut que je réussisse avec mon [demandeur], ça marche pas avec la force; oublie ça, je veux pas qu'il raccroche, je veux pas qu'il pénalise mon [demandeur]. Je le sais comment ça marche, c'est pour ça que je flatte [l'agent d'aide sociale] pour le faire à sa façon pour que je réussisse». Cela témoigne d'une adaptation au pouvoir discrétionnaire de l'agent.e.

Un autre exemple de défense individuelle de droits fait état de la rédaction d'un guide pour informer les immigrant.e.s de leurs droits ou, dans le même esprit, d'un «kit [individuel] en défense des droits» remis aux prestataires pour se rappeler des questions importantes à poser à l'agent.e : «[Le prestataire] arrive avec un papier: 'là, c'est écrit «nom de l'agent.»' Fait [qu'il] demande ça. «Pourquoi on se rencontre aujourd'hui?» Puis là, il le note. «Est-ce que je suis à cette étape-là, celle-là ou celle-là?» [...] Là, les agents se tiennent les fesses serrées parce qu'ils sont identifiés». Cette démarche de «self-advocacy» (Dean, 2009) vise à renforcer les compétences et les connaissances pour défendre soi-même ses propres droits. La défense individuelle de droits repose aussi sur un travail de conseil, d'accompagnement, de soutien et d'éducation. Dans leur clinique, Projet Genèse et les Services juridiques communautaires de Pointe-St-Charles interviennent au cas par cas en soutien individuel. Aux Auberges du cœur, avoir un revenu pour participer au paiement d'un loyer ou de frais d'hébergement est obligatoire et un.e intervenant.e est souvent responsable d'accompagner les jeunes pour effectuer la demande d'aide sociale. On constate donc que certaines formes de défense individuelle de droits s'insèrent dans une volonté d'accompagnement indi-



Crédit: Xander Dacyon. Certains droits réservés. ©



Crédit: Matthew Yemm. Certains droits réservés. ©

viduel et d'autres, dans une volonté de changement social plus émancipateur dont la première étape se joue au plan individuel. Quoiqu'il en soit, dans ces trois organismes, la défense individuelle de droits représente une part significative du travail, ayant beaucoup augmenté au gré des modifications du système d'aide sociale qui s'apparente aujourd'hui à «un labyrinthe administratif»: des règlements comportant des exceptions difficiles à comprendre, une certaine «opacité» du système ou une difficulté d'accéder à l'information. Qu'il s'agisse du règlement de 2015 qui limite les séjours hors Québec à sept jours consécutifs ou des menaces de coupure (par exemple, suspicion de vie maritale, obligation de participation à un programme d'employabilité), tous les intervenant.e.s ont évoqué «la complexité du système», sa «déshumanisation», son climat de «suspicion permanente».

Les actions de défense collective de droits ne sont pas pour autant écartées. Parmi celles qui sont organisées avec les personnes, on retrouve d'abord la participation à des manifestations coordonnées par des groupes alliés. En effet, l'organisation repose souvent sur un organisateur communautaire, ressource dont ne bénéficient pas tous les organismes. De même, des activités d'éducation populaire sont réalisées par certains groupes à l'endroit d'organismes alliés ou voisins. Par exemple, à Projet Genèse, le Comité *anti-pauvreté* regroupant un sous-comité *aide sociale* a réalisé un jeu inspiré de *Serpents et échelles*⁶ pour sensibiliser à la situation de précarité des prestataires. Ce jeu a été présenté dans différents groupes du quartier. Les réunions d'équipe de travail, mais aussi les concertations sont également un lieu d'é-

change pour les intervenant.e.s, de collectivisation et parfois, de mobilisation vers l'action avec les prestataires, comme le souligne cette intervenante: «On peut faire le maximum dans les dossiers, après ça s'il n'y a pas de partie collective, si on ne travaille pas avec les autres groupes, à voir c'est quoi les possibilités dans le quartier ou comment mettre un frein à la gentrification, éventuellement il n'y en aura plus de clients parce qu'on aura négocié toutes leurs évictions». Des rencontres sont parfois organisées avec des responsables du Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale ou encore d'un Centre local d'emploi pour voir quelles mesures pourraient être changées ou adaptées.

En outre, les groupes prennent souvent des positions publiques, sous la forme de communiqués de presse, d'entrevues avec les médias, ou d'écriture de mémoires pour influencer un débat parlementaire. Cette prise de parole est parfois le fait de personnes directement concernées, mais le contexte ne s'y prête pas toujours. Les journalistes peuvent appeler et demander une réponse rapidement sans qu'il soit possible de demander à un prestataire de répondre. De plus, les intervenant.e.s s'interrogent sur l'enjeu éthique de «mettre en scène» une personne au nom de la représentativité alors que c'est aussi l'exposer à des critiques voire, pire, à des «commentaires haineux».

Quelquefois, les activités de défense collective de droits sont organisées sans les personnes par manque de temps ou par manque de disponibilité des prestataires, ce dont témoigne une intervenante: «Là il est déjà en mode survie, il combat. Oublie ça, fuck la défense des droits, y'a pas le temps. Tu sais, même si je le *coache*, genre du *coaching* individuel, et si je lui dit «hey j'ai le goût d'aller à une manif», il va me dire «regarde, je vais aller dans un dépannage alimentaire, j'ai pas de quoi manger». T'sais ça c'est un obstacle quand même fondamental». Comme nombre d'écrits l'ont documenté, l'absence des personnes directement concernées pourrait être liée à leur manque de disponibilité biographique (McAdam, 1988) ou cognitive (Bègue, 2007)⁷.

Résistance

Globalement, les difficultés de mise en place d'actions de défense collective de droits sont expliquées par le rapport de force avec l'État. L'effet des préjugés ou du *welfare stigma* (Warrin, 2014) se répercute sur la défense collective de droits en raison de l'internalisation du stigmate: on s'applique à soi-même les stéréotypes, les préjugés, l'identité sociale négative apposés aux personnes assistées sociales (De Gaulejac, 2008). La peur de s'afficher publiquement, par anticipation de ce qui pourrait arriver, est de fait très présente: reconnaître publiquement son statut d'assisté.e social.e, se faire remarquer par les agent.e.s et risquer d'avoir une note dans son dossier, se faire rabrouer par l'opinion publique ou par ses proches. À ce sujet, les

DOSSIER

«les difficultés de mise en place d'actions de défense collective de droits sont expliquées par le rapport de force avec l'État.»

intervenant.e.s rencontr.e.s constatent le passage des préjugés à la haine des prestataires: «Je pense que le gouvernement dans les cinq dernières années a renforcé les préjugés. Et honnêtement, je sais qu'on dit toujours préjugés dans notre travail, mais dans ma tête c'est comme détester, la haine». Face aux logiques punitives des politiques d'activation, participant d'un courant de criminalisation de la pauvreté (Wacquant, 2009) qui nourrit les représentations négatives des prestataires ainsi que leur responsabilisation (Duvoux, 2011), la défense de droits se traduit alors par un important travail de déconstruction de la stigmatisation et de l'auto-stigmatisation ainsi que d'éducation populaire, afin de faire comprendre que l'aide sociale est un droit plutôt que la conséquence d'un échec personnel et que chacun.e est digne de respect.

Par ailleurs, le rapport de force se pose également avec les bailleurs de fonds. Le contexte actuel, privilégiant le financement par projet plutôt que le financement à la mission, limite l'autonomie des organismes (Depelteau et al., 2013). Il y aurait aussi une tendance, chez plusieurs bailleurs de fonds, à orienter le financement des organismes communautaires vers l'insertion socioprofessionnelle des personnes, et on peut se demander dans quelle mesure cela engage dans cette voie nombre d'organismes dont la défense de droits n'est pas la mission principale et les détournent de la défense collective de droits. De plus, on peut se demander si cela ne participe pas à marginaliser les organismes de défense de droits.

Un autre élément faisant basculer le rapport de force à la défaveur des organismes concerne le «*dumping*»: certains services ne sont plus offerts par le système public, mais doivent être pris en charge par le milieu communautaire, notamment les services en santé mentale et le soutien pour l'accès aux droits. De même, les difficultés d'accès à l'information et la complexité du système ont un effet chronophage au détriment notamment de certaines actions collectives. Comme l'exprime cette intervenante: «le problème il est collectif, mais je n'ai pas les moyens de travailler en collectif. Je te parle pas juste de moyens financiers, je te parle de ressources. Parce que la demande d'aide sociale, au lieu de me prendre 1h15 comme ça me prenait il y a 14 ans, ça me prend 6-7-8 heures de mon travail! Je me déplace pour aller me battre avec l'agent, je reviens. Ça veut dire que pendant que je me déplace, il y a quelqu'un d'autre qui doit me remplacer».

Les organismes les moins affectés sont ceux dont la mission principale est la défense de droits comme Projet Genève. Ceux-ci bénéficient de financements pour l'embauche de personnes en organisation communautaire, ce qui favorise le travail de mobilisation et le développement de la défense collective de droits avec les personnes. De plus, devant la multiplicité des restrictions imposées aux personnes assistées sociales, il devient difficile de trouver une cible que l'on estime responsable des problèmes, d'autant que, pour chaque problème, la cible varie. Est-ce l'agent.e?



Crédit: Jamie Anderson. Certains droits réservés. 

Quel ministère? L'administratif ou le politique? S'orienter dans ce labyrinthe appelle une connaissance pointue, une disponibilité à toute épreuve. Enfin, il reste à mentionner des difficultés telles que l'épuisement professionnel, le roulement de personnel et les problèmes de financement pour maintenir le personnel en place. Le travail de défense de droits s'effectue sur le long terme et organiser des actions collectives dans ce contexte organisationnel ralentit fortement le processus, s'il ne le paralyse pas.

L'individuel et le collectif

Dans le système de l'aide sociale, les problèmes structurels et organisationnels identifiés par les intervenant.e.s des trois organismes sont nombreux. En plus de leurs tâches pour soutenir les personnes vivant des insuffisances de revenus, l'angoisse du climat de suspicion et des obstacles liés à la situation de pauvreté, ces groupes mettent en place différentes formes de résistance que nous pouvons situer dans une schématisation des actions de défense individuelle de droits et défense collective de droits. Cette schématisation des actions s'opère en fonction de la réalité vécue par les personnes, mais surtout en fonction du rapport de force avec l'État.

Si l'idéal consiste, pour les intervenant.e.s, à mettre en place des actions collectives avec les personnes, les contraintes rencontrées les amènent plutôt à développer une multitude de stratégies souvent individuelles pour faire face aux contraintes structurelles et organisationnelles. Ceci explique que les actions de résistance sont tantôt individuelles, tantôt collectives, incluant ou non les personnes concernées et, plus encore, que ces actions sont plus ou moins directes, plus ou moins visibles, plus ou moins génératrices de

changement social. Il n'en demeure pas moins qu'elles participent toutes d'une résistance aux politiques sociales en place.

Si les intervenant.e.s rencontré.e.s dénoncent depuis longtemps les mesures punitives et coercitives de l'aide sociale, ces résultats préliminaires invitent à mieux comprendre les limites de la défense collective de droits: comment les organismes passent-ils de l'identification d'une situation injuste à l'action sociopolitique, comment prennent-ils en compte les réflexions éthiques de l'action collective et approfondissent leur vision du rapport de force et des opportunités qui s'y présentent? Enfin, comment passer d'une démarche d'intervention individuelle à une démarche d'intervention collective? Comment les organisateurs.trices communautaires embrassent-ils et elles le double rôle d'intervenant.e.s et de militant.e.s?

Notes

1. Projet Genèse est une organisation située dans Côte-des-Neiges, un quartier multiculturel de Montréal. En première ligne, on retrouve des services individuels opérés par une dizaine d'intervenant.e.s et des bénévoles, à l'image d'une clinique où l'on s'occupe de problèmes liés au logement, à l'aide sociale, aux pensions et allocations familiales. Ensuite, plusieurs projets d'organisation communautaire sont déployés par quatre intervenant.e.s. Ces projets concernent l'aide sociale et le logement et fonctionnent sous la forme de comités d'usagers.
2. Le RACQ rassemble plus de 30 auberges dans 10 régions différentes pour des jeunes de 12 à 35 ans vivant des difficultés. Notre échantillon est constitué d'Auberges montréalaises situées dans différents quartiers de la ville. Si des différences entre les Auberges sont notables (durée des séjours; mixité de genre; offre de logements supervisés; post-hébergement) on retrouve des similarités, dans les approches de défense des droits notamment. En tant que milieux de vie, les Auberges déploient à la fois des approches d'intervention formelle et informelle.
3. Les Services juridiques communautaires de Pointe-St-Charles sont composés, en plus du personnel administratif, d'une équipe de quatre avocats, trois adjoints juridiques et une organisatrice communautaire à temps partiel. Ils développent un volet d'accès à la justice à l'image d'une clinique et un volet d'implication communautaire. En plus de défendre les droits à travers des mandats d'aide juridique, ils s'impliquent dans différentes causes locales.
4. Le projet de recherche est mené par : Véronique Fortin (U. de Sherbrooke), Catherine Chesnay (UQAM) et Elisabeth Greissler (U. de Montréal). Le premier volet porte sur une analyse des décisions du Tribunal administratif du Québec (TAQ) entre 2007 et 2017, et le deuxième sur les parcours de prestataires au sein du système d'aide sociale.
5. Les propos entre guillemets sont tirés des groupes de discussion.
6. L'échelle représente en quelque sorte la possibilité de s'élever et le serpent, les risques de tomber. Par analogie, on peut y voir les possibilités aléatoires de passer de l'insertion à la marginalisation au fil d'une série de malchances.
7. Dans le cas de la disponibilité biographique, il s'agit concrètement de l'absence de contraintes personnelles offrant la possibilité de s'engager. Il est question de temps (disponible, libre), mais aussi d'âge de la vie. La disponibilité cognitive réfère quant à elle aux contraintes cognitives limitant l'engagement : manque de connaissance, de compréhension, problèmes de littéracie.

Références

- Barbier, J.-C. (2009), «Le *workfare* et l'activation de la protection sociale, vingt ans après : beaucoup de bruit pour rien? Contribution à un bilan qui reste à faire», *Lien social et Politiques*, 61, p.23-36.
- Bègue, M. (2007), *Le rapport au politique des personnes en situation défavorisée. Une comparaison européenne : France, Grande-Bretagne, Espagne*, Paris, Institut d'Études Politiques de Paris.
- Dean, J. K. (2009), *Quantifying social justice advocacy competency: Development of the Social Justice Advocacy Scale*, Atlanta, Georgia State University.
- De Gaulejac, V. (2008), *Les sources de la honte*, Paris, Desclée de Brouwer.
- Depelteau, J., F. Fortier et G. Hébert. (2013), *Les organismes communautaires au Québec : financement et évolution des pratiques*, Montréal, Institut de recherche et d'informations socioéconomiques (IRIS).
- Duvoux, N. (2011), «Entre instrumentalisation et quête d'identité», dans D. Chabanet, P. Dufour et F. Royall (dirs.), *Les mobilisations sociales à l'heure du précaire*, Paris, Presses de l'EHESS, p.183-202.
- Esping-Andersen, G. (2007 [1999]), *Les trois mondes de l'État-providence. Essai sur le capitalisme moderne*, Paris, Presses universitaires de France.
- Lachapelle, R. (2007), «Renouveler l'État social. Les enjeux de l'action Communautaire au Québec», *Nouvelles pratiques sociales*, 19(2), p.176-181.
- Labrie, V. (2015), *La hauteur de la barre à l'aide sociale: Quelques jalons de 1969 à aujourd'hui*, Montréal, Institut de recherche et d'informations socioéconomiques (IRIS).
- McAdam, D. (1988), «Micromobilization Contexts and Recruitment to Activism», *International Social Movement Research*, 1, p.125-154.
- Robert, C. et Toupin, L. (2018), *Travail invisible*, Montréal, Éditions du Remue-ménage.
- Sauvé, M. et Provencher, I. (2018), «Les stratégies de défense collective des droits au Québec : discours et pratiques», *Service social*, 64(1), p.30-46.
- Wacquant, L. (2009), *Punishing the Poor*. Durham et London, Duke University Press, 408 p.
- Warrin, P. (2014), «Le non-recours par désaccord. Welfare stigma et catégorie du non-recours», dans Jaeger, M. (dir.) *Usagers ou citoyens ? De l'usage des catégories en action sociale et médico-social*, Paris, Dunod, p.115-136.

Faire sa santé en prison

« On ne peut pas être en santé en-dedans, crois-moi »

RETOURS

Catherine Chesnay
Professeure, École de travail social, UQÀM
Membre du CREMIS

Au printemps 2020, la pandémie de la COVID-19 a mis de l'avant les enjeux liés à la santé dans les pénitenciers et les prisons provinciales¹. Dès le début de la pandémie, la directrice de la santé publique canadienne, Theresa Tam, a identifié les prisons comme des lieux particulièrement à risque où une éclosion pourrait faire des ravages. Plusieurs groupes de personnes incarcérées ont dénoncé à travers le Canada (par ex. Ligue des droits et libertés, *Criminalization and Punishment Education Project*), l'impossibilité de mettre en place de façon régulière et appropriée les principales mesures de prévention recommandées par la santé publique, soit pratiquer la distanciation sociale et se laver les mains régulièrement. Au mois de juillet 2020, une analyse préliminaire de la CBC révélait que le taux d'infection à la COVID-19 était 5 fois plus élevé dans les prisons provinciales et 9 fois plus élevé dans les pénitenciers que dans la population générale (Ouellet & Loiero, 2020). Au Québec, le décès de Robert Langevin (incarcéré à Bordeaux) et celui d'une personne incarcérée au Centre Fédéral de Formation (CFF) ont mis en évidence l'effet dévastateur de la pandémie et de sa gestion par les autorités carcérales sur la santé physique et mentale des personnes incarcérées et de leurs proches (Ouellet *et al.*, 2020).

Cette crise exacerbe des problématiques documentées en 2012, lors d'un projet doctoral (Chesnay 2016)², à travers les récits de personnes incarcérées dans une prison pour femmes³: les prisons sont des terreaux fertiles pour les maladies infectieuses, et les personnes qui y sont incarcérées ont peu de marge de manœuvre sur leurs conditions de vie.

Course à obstacles

En prison, la pratique des soins de santé est organisée différemment. Elle est à la fois plus englobante et plus restreinte que les soins de santé offerts hors de la prison. Plus englobante, car elle donne accès aux médicaments et traitements en vente libre (acétaminophène, produits de substitution du tabac,

vitamines, etc.), ainsi qu'à des aménagements particuliers (modification de la diète, oreillers supplémentaires, etc.). La pratique des soins en prison est simultanément plus restreinte qu'en communauté, puisque l'équipe est limitée. Cette dernière se compose d'infirmières, d'un.e travailleur.se social.e et d'un.e médecin généraliste (aux visites hebdomadaires). Il est difficile pour les personnes incarcérées d'avoir accès à d'autres professionnel.le.s de la santé, comme un.e médecin spécialiste ou un.e dentiste.

La première étape pour avoir accès aux soins est la rédaction d'un mémo, soit une requête papier écrite par la personne incarcérée puis renvoyée aux services de santé. Ce sont ensuite les professionnel.le.s des services de santé qui vont trier et prioriser les requêtes. Les participant.e.s à la recherche ont dénoncé ce processus, qui rend difficile l'accès aux soins de santé. Jimmy, qui a été incarcéré plus de 10 fois dans une prison provinciale, explique : « Si tu ne sais pas lire puis écrire, tu es seul.e en titi là-dedans. Si tu es malade... tu souffres, en espérant que le mémo est rendu puis en espérant que tu vas avoir un retour au plus vite. Puis si tu n'as pas de retour, là tu envoies un autre mémo. C'est encore un 24 heures, puis ça en espérant que va se rendre cette fois-ci. »

Une fois le contact établi avec les services médicaux, il faut ensuite faire la démonstration du mérite de la demande. À cette étape, plusieurs des participant.e.s à la recherche ont expliqué que, d'entrée de jeu, leur crédibilité était mise à mal de par leur statut de personne incarcérée. Ce problème se pose avec encore plus d'acuité pour les personnes qui vivent avec des douleurs chroniques ou des problèmes de dépendances. Les participant.e.s rencontré.e.s ont décrit comment la connaissance de leur corps, autant expérientielle que par leur historique avec les soins de santé, était rarement considérée comme valide par les membres des services de santé. Par exemple, avant de leur donner accès à des aménagements particuliers ou à leur dose habituelle de médication, l'équipe validait les informations avec des professionnel.le.s de la santé hors de la prison ou réalisait divers tests pour confirmer le diagnostic.

Le fait de ne pas être reconnu.e comme sujet crédible par rapport à sa santé n'est pas spécifique aux personnes incarcérées dans une prison pour femmes. Les femmes, les personnes racisées, les personnes LGBTQ+, les personnes qui sont aux prises avec des



Crédit: Umair Mohsin. Certains droits réservés. ©

problèmes de santé mentale font elle aussi face à ce déficit de crédibilité. Or, l'incarcération ajoute à ces difficultés en privant les personnes de divers moyens pour y pallier qui seraient accessibles hors de la prison, comme consulter un.e autre professionnel.le (du champ biomédical ou non) ou faire appel à son entourage (Lorentzen, 2008). Ce manque d'accès à des soins de santé adéquats, c'est-à-dire équivalents à ceux fournis dans la communauté, est une problématique qui a été relevée de façon régulière par la Protectrice du citoyen et ce, autant dans les prisons pour femmes que dans les prisons pour hommes⁴.

Que leur reste-t-il? Leur corps, comme en témoigne Madonna, aux prises depuis plus de dix ans avec des douleurs chroniques qu'elle considère bien gérer dans la communauté. Lors de son incarcération, la gestion de sa douleur va s'avérer très difficile, car elle n'aura pas accès à un lit orthopédique et dépendra entièrement des services de santé pour gérer sa médication, autant celle en vente libre que celle qui est prescrite. Elle devra paradoxalement se mettre à risque pour gagner en crédibilité et avoir accès à une médication sécuritaire: «[Le médecin] m'a prescrit [un médicament en vente libre]. [...] J'ai parlé à une infirmière et je lui ai dit «je ne peux pas prendre ça, je vais faire une réaction [allergique]!». Elle m'a dit : «si tu refuses de prendre ton médicament, le médecin peut refuser de te voir» [...] Alors j'ai pris le médicament et je lui ai écrit un mémo pour lui dire que la réaction a commencé. Quand elle a vu mes pieds, elle a capoté! Mes pieds, c'étaient des ballons! Je capotais. Ça me faisait tellement mal! Là, elle a dit : «Ok, c'est vrai».

Globalement, on constate un faible investissement de l'établissement quant à la santé des personnes incarcérées. L'exception est la prévention des ITSS. Thalie explique : «J'ai fait un mémo à l'infirmierie comme quoi je voulais avoir des tests sanguins pour le dépistage.

Ils m'ont donné un paquet de cartes pis des condoms (rires.) Ça, on y avait accès». Émilie renchérit : «Pis pour ce qui est de la santé physique, ils axent beaucoup sur tout ce qui a trait aux maladies transmises sexuellement, VIH, hépatite [...] ils passent leur temps à passer des campagnes de sensibilisation, des rencontres, des ci, des ça, des examens de dépistage, ça, y en a! Mais ce qui est du reste? C'est toute ou c'est rien».

Atteintes

La première question des entretiens individuels, «Comment on prend soin de sa santé en prison?», suscitait des rires, des manifestations de colère ou de stupéfaction. Comme le titre de l'article le laisse présager, les participant.e.s à cette recherche ont abondamment partagé le sentiment de ne pas pouvoir prendre soin de leur santé en prison, ciblant principalement les conditions de détention qui portent atteinte à leur intégrité physique. Elles et ils ont évoqué des problèmes⁵ tels que vermines, poussières et saletés de toute sorte⁶. Par exemple, Émilie, qui a été incarcérée à plusieurs reprises dans des prisons provinciales et dans un pénitencier fédéral, explique : «écoute, c'est délabré – c'est insalubre! c'est carrement insalubre [...] les souris, la vermine, dans les cuisines... j'avais une de mes chums qui travaillait dans les cuisines et elle disait qu'il y avait de la crotte de souris jusque dans les assiettes, pis toute [...] [lorsqu'il y a surpopulation], tu couches à terre, écoute, les filles couchent à terre, en plus... et la vermine se promène à *broad daylight*, à la clarté du jour, elles se donnent même plus la peine de se cacher!»

Les conditions liées à la détention ont néanmoins été présentées comme ayant aussi eu certains effets positifs sur la santé. Cinq participant.e.s ont présenté l'incarcération comme une période de pause durant

RETOURS

«à travers [...] l'autosurveillance, la responsabilisation et l'autonomie, être une «bonne détenue» s'accorde avec une recherche et une maximisation de sa santé physique et mentale.»

un moment de leur vie plus chaotique, particulièrement à cause de la consommation abusive de drogue ou d'alcool. Émilie, qui a décrit précédemment l'insalubrité de la prison, explique: «Ben écoute, moi la prison, elle m'a sauvé la vie à maintes reprises – écoute, ça ne pouvait pas être pire que ce que je me faisais vivre, moi, à l'extérieur [...] [aller en prison], ça me donnait le temps de respirer, [...] ça me donnait le temps de faire le point avec moi-même». Témoignant de l'ambivalence face aux conditions dans lesquelles se déroule cette pause, elle nuancera par la suite: «pis la prison, c'est pas là que tu vas te refaire une santé émotive, hein?».

Tout.e.s les participant.e.s à la recherche ont aussi souligné comment le poids était un souci constant lors de l'incarcération, en soulignant ou en inférant un lien fort entre la prise de poids et la santé. Par exemple, Gazoula explique: «Les filles prennent du poids, genre 30 livres en un mois! Tu peux littéralement les voir enfler! Pour la plupart, c'est l'enjeu majeur. Tout le monde grossit... je pense que c'est ça l'enjeu majeur de santé». Missy s'interroge: «J'ai vu quelqu'un maigre comme ça et, en 2-3 mois, devenir comme ça [étend ses bras] ou avoir un ventre énorme. Comment ça peut être sain? Pourquoi les gens deviennent comme ça?». Selon les participant.e.s, cette prise de poids s'explique autant par la mauvaise qualité de la nourriture distribuée par l'institution ou achetée à la cantine que par le peu d'occasions de faire de l'exercice physique.

Malgré ces conditions portant atteinte à leur état de santé, et bien qu'elles les aient clairement soulignées, les personnes rencontrées ont aussi décrit en détails tous les gestes qu'elles posent pour tenter de rester en santé. Par exemple, bien que les participant.e.s aient rapporté que la prise de poids est collective, elles et ils rapportent une panoplie de stratégies pour prendre individuellement le contrôle sur leur poids: jeûner, limiter les «carbs», surveiller son poids avec ses vêtements, faire des push-up dans sa cellule, échanger des cigarettes pour des fruits, faire le ménage du secteur plusieurs fois par jour, tenter de cuisiner des soupes à l'aide du grille-pain, faire de la marche rapide dans la cour, etc. Ainsi, malgré leur lecture de la prise de poids collective, elles se mettent en action pour agir et limiter cette prise de poids, dans le but de préserver leur santé.

Conditions

Les expériences des personnes rencontrées font écho aux écrits qui décrivent l'incarcération comme portant atteinte à la santé des personnes de par les conditions de détention, et qui abordent les difficultés d'avoir accès à des services de santé adéquats (de Graaf et al., 2016; Meunier, 2014). Les études épidémiologiques décrivent ainsi les femmes incarcérées comme une population à risque et vulnérable, avec des taux de maladies infectieuses, des troubles de santé mentale (en particulier syndrome post-traumatique, anxiété, dépression) ainsi que des taux de maladies chroniques plus élevés que pour les



Crédit: Horia Varlan. Certains droits réservés. ©

femmes qui ne sont pas incarcérées et que pour les personnes qui sont incarcérées dans des prisons pour hommes (Giroux et al., 2011; Lutfy et al., 2014; Thompson et al., 2011).

Des chercheuses féministes se sont aussi penchées sur les conséquences de la prison sur la santé mentale et physique des femmes (Davis et al., 2001; Hamelin, 1989; Frigon, 2001; Brassard et al., 2009). Elles ont démontré que plusieurs protocoles et procédures en lien avec la sécurité (ré)activent des traumatismes pour des femmes ayant vécu des violences, particulièrement des violences sexuelles (Hamelin, 1989) – et ce alors que la grande majorité des femmes incarcérées (de 60 à 90%) ont été victimes d'abus sexuels et/ou de violence conjugale (Giroux et al., 2011). Elles ont aussi documenté les effets de l'enfermement sur les femmes (ruptures des liens familiaux et sociaux, détérioration de la santé mentale, etc.) et de la médicalisation de celles-ci (Kilty, 2012). Bien que peu d'études portent spécifiquement sur la santé des personnes transgenres ou non-binaires, les chercheuses soulignent que la prison reproduit des normes hétéronormatives et transphobes, ce qui a un effet important sur leur santé mentale et physique (Scheim et al., 2013).

Préserver sa santé

Les expériences présentées, et particulièrement l'articulation entre les atteintes à la santé et les actions individuelles prises par les personnes pour protéger ou améliorer leur santé, témoignent de l'impact d'un contexte particulier au milieu carcéral, mais aussi de tendances sociales plus larges.

À l'échelle sociale, Pierre Aïach (2009) parle d'une

«santéisation» des sociétés néolibérales, qui se traduit par des injonctions constantes à préserver et développer sa santé (Aiach, 2009). Au niveaux institutionnel et organisationnel, les injonctions à maximiser sa santé se manifestent à travers la *nouvelle santé publique*. Ces injonctions prennent forme dans le citoyen rationnel, entreprenant, responsable, en santé et productif par le biais de l'autocontrôle, de l'autodiagnostic et du travail constant sur soi.

Dans le contexte canadien, Hannah-Moffat (2001) a exploré comment la réforme des pénitenciers pour femmes s'est appuyée sur la responsabilisation des femmes quant à leur réhabilitation et, plus largement, quant à la gestion de leurs propres risques (criminogènes, sociaux, etc.). Ainsi, les personnes incarcérées dans des prisons pour femmes doivent reprendre le pouvoir sur leur propre vie, faire les bons choix, pour s'assurer d'accéder à une vie responsable et autonome. S'ancrant dans les travaux de Hannah-Moffat (2001), Robert et Frigon (2006) soulignent la congruence entre le dispositif néolibéral de responsabilisation des femmes quant à la gestion de leurs propres risques (criminogènes, sociaux, etc.), et à la gestion de leur propre santé. Selon ces auteures, la multiplication des programmes qui ont pour cible la santé mentale et physique des personnes incarcérées montre l'émergence de la nouvelle santé publique en prison, en particulier dans les prisons fédérales. Ainsi, à travers les «technologies de soi», telles que l'autosurveillance, la responsabilisation et l'autonomie, être une «bonne détenue» s'accorde avec une recherche et une maximisation de sa santé physique et mentale, tandis qu'être une «mauvaise détenue» s'accorde avec une position de laisser-aller et de négligence de sa santé.

Dans la logique de la nouvelle santé publique, l'incarcération a effectivement le potentiel de devenir un moment «privilegié» pour intervenir auprès de populations qui adoptent des comportements à risque à l'extérieur de la prison (toxicomanie, travail du sexe, etc.). Ainsi, la prison ne devient pas seulement un lieu de confinement forcé, mais aussi un lieu où l'on peut éduquer les personnes à prendre soin de leur santé, voire à l'améliorer (Meunier, 2014; Smith, 2000). Certains éléments de témoignages recueillis peuvent cadrer dans cette vision. Or, cette construction des femmes incarcérées comme des vecteurs de santé les réduit à la fonction genrée de prendre soin, les objectifie comme une courroie de transmission des institutions sanitaires, et ignore la prison en tant que site de violences. Comme le soulignent plusieurs chercheuses (Ricordeau, 2019; Fields *et al.*, 2008), le fait que la prison offre pour certain.e.s une pause dans une trajectoire chaotique est plus parlant de l'échec du filet social avant l'incarcération que du caractère thérapeutique de l'incarcération.

En se saisissant de la prise de poids comme un enjeu de santé sur lequel elles et ils sentent devoir agir individuellement, les participant.e.s répondent aux

injonctions à prendre soin de sa santé, et ce malgré un environnement qu'elles et ils considèrent comme portant atteinte à leur santé. En conformité avec les injonctions de la nouvelle santé publique, elles et ils font preuve d'autosurveillance (de leur poids, de la nourriture ingérée), de responsabilisation (se mettre en action) ainsi que d'autonomie (s'adapter aux réalités carcérales).

Au-delà des murs

À la suite de ces constats, une réforme des institutions carcérales, qui porterait sur les conditions de détention et l'accès à des services de santé, pourrait sembler tout indiquée. Sans nier que ces changements auraient un impact positif sur la santé des personnes incarcérées, il n'en demeure pas moins que la question de la santé des personnes incarcérées se pose de façon plus large qu'au sein de la prison elle-même. Rappelons ici que les injonctions à la santé se déploient à travers les murs de la prison, sans que l'institution n'ait besoin de les relayer directement. Autrement dit, la nouvelle santé publique n'a pas à investir l'espace carcéral par le biais de campagnes: les personnes incarcérées s'activent aux injonctions à la santé, comme en témoignent les personnes rencontrées. Soulignons que l'incarcération est souvent liée à des inégalités sociales (raciales, économiques, etc.) qui s'amplifient suite à un passage en prison, entre autre par le phénomène de portes tournantes entre la rue et la prison. Finalement, rappelons que l'enfermement a des conséquences néfastes sur la santé mentale et physique des personnes incarcérées, conséquences que les personnes incarcérées ne peuvent prévenir ni parer. Somme toute, la question de la santé des personnes incarcérées ne peut se poser sans tenir compte des inégalités sociales, puisqu'elle est en continuité directe avec celles-ci.

Notes

1. Au Canada, les prisons provinciales sont les lieux de détention pour les prévenues (personnes en attente de leur procès) ou pour les personnes condamnées à une sentence de moins de deux ans. Les périodes de détention y sont assez courtes, avec une durée moyenne de 46 jours. Les pénitenciers fédéraux sont les lieux de détention pour les personnes devant purger une peine de deux ans et plus. Il est important de noter que ce ne sont pas les seuls lieux de détention: il y a aussi les prisons pour migrants et les postes de police.

2. Inspiré de la recherche-action participative, le terrain de recherche (entretiens et focus groups) a été mené dans une maison de transition pour femmes. Dix-sept personnes ont été rencontrées dans le cadre d'entretiens individuels: 15 personnes s'identifient comme femme et 2 comme hommes transgenres. La moyenne d'âge des participant.e.s était de 39 ans. Douze des participant.e.s sont né.e.s au Québec, trois sont issue.s. de l'immigration et un.e était autochtone. Sept participant.e.s ont été incarcérées dans une prison provinciale une fois, cinq entre deux et neuf fois, et cinq plus de dix fois. Huit participant.e.s ont été incarcérées dans une prison fédérale. Suite à une première analyse, tou.te.s les participant.e.s ont été invité.e.s à un focus groupe pour discuter des analyses. Trois participant.e.s se sont impliqué.e.s dans deux focus

groupes. Ces participant.e.s se sont aussi impliqué.e.s dans le développement d'un recueil de témoignages pour et par des personnes qui ont été incarcérées dans une prison pour femmes.

3. Tel qu'employé par Ricordeau (2019), le terme «personnes incarcérées dans une prison pour femmes» a pour objectif de souligner 1) que des personnes qui ne s'identifient pas comme femmes peuvent être incarcérées dans des prisons pour femmes 2) que les prisons pour femmes sont construites à partir d'une certaine construction de la catégorie «femme».

4. Au Québec, la Protectrice du citoyen fait office d'ombudsman correctionnel. Le rapport de 2018-2019 relevait que 20% des plaintes venant des personnes incarcérées et reçues par la Protectrice portaient sur les soins de santé. Voir aussi le rapport spécial du Protecteur du citoyen (2011).

5. Ces conditions sont détaillées dans les rapports annuels de la Protectrice du citoyen (par ex., 2013, 2015).

6. C'est d'ailleurs pour cette raison que les personnes incarcérées à Tanguay ont été transférées au centre de détention Leclerc qui, malheureusement, est lui aussi dans un état de délabrement avancé.

Références

- Aïach, Pierre. (2009), «L'irrésistible expansion du champ de la santé», in Sanni H. Yaya (dir.), *Pouvoir médical et santé totalitaire : conséquences socio-anthropologiques et éthiques*, Québec, Presses de l'Université Laval, p.81-100.
- Brassard, R., & J. Martel (2009), «Trajectoires sociocarcérales des femmes autochtones au Québec: Effets de l'incarcération sur l'exclusion sociale», *Criminologie*, 42 (2), p.121-152.
- Chesnay, Catherine T. (2016), *Doing health, undoing prison. A study with women who have experienced incarceration in a provincial prison*, Thèse de doctorat, Université d'Ottawa, Ottawa.
- Davis, A.Y. & C. Shaylor (2001) "Race, Gender, and the Prison Industrial Complex: California and Beyond", *Meridians* 2(1), p.1-25.
- de Graaf, K. & J. Kilty (2016), "You are what you eat: exploring the relationship between women, food, and incarceration", *Punishment & Society*, 18(1).
- Fields, Jessica, González, Isela, Hentz, Kathleen, Rhee, Margaret & Catherine White (2008), «Learning from and with incarcerated women: emerging lessons from a participatory action study of sexuality education», *Sexuality Research and Social Policy*, 5(2), p.71-84.
- Frigon, S. (2001), «Femmes et enfermement : le marquage du corps et l'automutilation», *Criminologie*, 34 (2), p.31-55.
- Giroux, Lise & Sylvie Frigon (2011), *Profil correctionnel 2007-2008 : Les femmes confiées aux services correctionnels*, Québec : Services correctionnels, Ministère de la Sécurité publique.
- Hamelin, Monique (1989), *Femmes et prison*, Montréal, Le Méridien.
- Hannah-Moffat, Kelly (2001), *Punishment in disguise penal governance and federal imprisonment of women in Canada*, Toronto, University of Toronto Press.
- Kilty, J. M. (2012), "It's like they don't want you to get better" : Psy control of women in the carceral context", *Feminism & Psychology*, 22(2), p.162-182.
- Lorentzen, Jeanne M. (2008), "I Know my own body" : power and resistance in women's experiences of medical interactions", *Body and Society*, 14(3), p.49-79.
- Lutfy, Michael & Jennie Thompson (2014). *Difficultés rencontrées par les délinquantes lorsqu'elles réintègrent la collectivité*, Ottawa, Services correctionnels du Canada.
- Meunier, É. (2014), *Prisons provinciales : regards sur les pratiques professionnelles médicales à l'égard de la*

santé des détenus, Montréal, Université de Montréal.
Ouellet, V. & J. Loierao (2020, 17 juillet), *COVID-19 taking a toll in prisons, with high infection rates*, CBC News analysis shows, CBC.

Protecteur du citoyen (2011). *Pour des services mieux adaptés aux personnes incarcérées qui éprouvent un problème de santé mentale*, Québec: le Protecteur du citoyen.

Ricordeau, Gwénola (2019), *Pour elles toutes. Femmes contre la prison*. Montréal, Lux Éditeur.

Robert, Dominique & Sylvie Frigon (2006), «La santé comme mirages des transformations carcérales», *Déviance et société*, 30(3), p.305-322.

Scheim A, M. Cherian, G. Bauer & X. Zong. (2013), «Joint Effort: Prison Experiences of Trans PULSE Participants and Recommendations for Change», *Trans PULSE e-Bulletin*, 3(3).

Smith, Catrin, (2000), «Healthy Prisons: A Contradiction in Terms?», *The Howard Journal*, 39(4), p.339-353.

Thompson, J., Zakaria, D., et Grant, B. (2011), *Sondage national de 2007 auprès des détenue(s) sur les maladies infectieuses et les comportements à risque – Sommaire des conclusions concernant les femmes* (Rapport No. R-238), Ottawa, Service correctionnel du Canada.



Inégalités sociales de santé

Décryptage

Estelle Carde

Professeure de sociologie, Université de Montréal
Membre du CREMIS

En mars 2020, la Covid-19 s'invite brutalement dans nos quotidiens, s'immisçant jusque dans nos catégories de pensée. «Passeport d'immunité», «distanciation sociale», «traçage numérique» ou encore «déconfinement»: autant de concepts bricolés en urgence pour penser des enjeux inédits. Mais la pandémie est aussi l'occasion d'un regain d'attention pour un concept qui peinait depuis une trentaine d'années à faire sa place dans le débat social: les inégalités sociales de santé (ISS). L'évocation de ces dernières, au fil des articles et des tribunes, laisse néanmoins dans son sillage un certain flou, comme si l'expression recouvrait des significations variables selon son contexte d'énonciation. Il semble donc plus utile que jamais d'en clarifier le concept: que sont les ISS, d'où viennent-elles et comment les réduire?

Définir

Les ISS font l'objet de diverses définitions. Pour certains auteurs, elles sont toute différence de santé observée entre deux groupes sociaux (ex: Potvin *et al.*, 2010). Cette définition très large a l'avantage de la simplicité, mais l'inconvénient d'inclure sans les distinguer des différences de santé issues de processus très variés, d'une oppression (comme les violences racistes ou sexistes) au libre arbitre des individus (comme certains cancers favorisés par des spécificités culturelles du régime alimentaire). Cet inconvénient n'est pas qu'analytique, il est aussi politique: en n'associant pas exclusivement ISS et injustice, cette définition affaiblit l'appel à la lutte contre les ISS.

De nombreux auteurs resserrent par conséquent la définition des ISS en précisant que seules les différences injustes et évitables en sont (Braveman, 2006). Les différences de santé résultant du libre arbitre des individus ainsi écartées, la lutte contre les inégalités devient un enjeu de justice sociale. Mais comment repérer le caractère injuste d'une différence de santé? De nombreux auteurs s'inspirent ici de la définition désormais classique proposée par Margaret Whitehead, selon laquelle les différences de santé sont injustes si elles désavantagent des groupes déjà socialement désavantagés (les plus pauvres ou des minorités raciales, par exemple)

(Whitehead, 1991). Cette caractérisation de l'injustice est simple, mais elle pose un problème moral: prétendre que seules les différences de santé qui pénalisent les groupes déjà socialement désavantagés sont injustes revient à affirmer que les autres, celles qui pénalisent les groupes socialement avantagés, sont justes – parce qu'elles leur «feraient payer» leur avantage social? Un exemple classique est l'espérance de vie des hommes, plus brève que celle des femmes. Si les hommes meurent plus tôt, c'est en grande partie parce qu'ils adoptent, plus souvent que les femmes, des comportements à risque pour la santé comme fumer, boire de l'alcool, conduire vite sur la route et tarder pour se faire soigner, notamment en santé mentale. Ces comportements sont censés témoigner de leur virilité, une virilité censée à son tour légitimer leur domination sur les femmes (Courtenay, 2000). Ces décès en excès par cancer pulmonaire ou suicide témoignent donc de leur position dominante. Sont-ils «justes» pour autant?

La question est sensible. Heureusement, on peut éviter de la poser. Il suffit de considérer plutôt qu'une différence de santé est injuste dès lors qu'elle résulte d'un rapport de pouvoir, c'est-à-dire de la domination d'un groupe par un autre, selon leurs positions respectives le long d'une hiérarchie sociale. La définition des ISS devient alors celle-ci: une ISS est une différence de santé observée entre deux groupes sociaux, qui résulte du ou des rapports de pouvoir entre ces groupes, quel que soit le groupe qu'elle désavantage. Ainsi, les différences dans l'espérance de vie selon le sexe sont considérées comme des ISS, même si elles désavantagent les dominants au regard des rapports de sexe.

Étudier des ISS consiste donc à comprendre comment les groupes sociaux, selon leurs places respectives au sein de divers rapports de pouvoir, se trouvent exposés différemment aux déterminants sociaux de la santé. Notons enfin que les rapports de pouvoir potentiellement en cause sont multiples: socio-économique, de genre, racial, ethnique, selon l'orientation sexuelle, la religion, l'origine (immigrante ou pas), le quartier de résidence, l'âge, le handicap, etc.

RETOURS

Identifier

La définition des ISS retenue ici étant centrée sur les rapports de pouvoir, il importe, dans la pratique de la recherche sur les ISS, de repérer ces rapports – ce qui peut s'avérer délicat. D'une part, on peut mettre en évidence une différence de santé, mais ne pas voir qu'elle résulte d'un rapport de pouvoir. On peut par exemple l'attribuer à des différences biologiques naturelles. Ainsi, aux États-Unis, de nombreuses études cherchent à identifier des différences génétiques expliquant la moins bonne santé des Noir.e.s par rapport à celle des Blanc.he.s, alors que cette moins bonne santé résulte plutôt de l'oppression des Noir.e.s par les Blanc.he.s à travers toute une série de discriminations raciales qui finissent par affecter leur santé (Carde, 2011).

On peut aussi, constatant une différence de santé, incriminer la culture. La forte prévalence du diabète chez les Autochtones, au Canada, donne lieu à ces interprétations, tant les premières, naturalistes que les secondes, culturalistes. Des hypothèses circulent, dans les milieux scientifiques ou non, sur les spécificités génétiques des Autochtones (qui seraient porteurs de gènes les prédisposant au diabète) et/ou culturelles (l'abandon de la chasse et de la pêche aurait conduit à une substitution du mode alimentaire traditionnel par un autre, déséquilibré nutritionnellement et donc diabétogène). On peut bien sûr discuter de ces hypothèses mais on ne peut en ignorer une troisième, celle de la minorisation sociale des Autochtones, historique et contemporaine, qui se traduit notamment par de faibles revenus, un accès difficile à une alimentation de qualité et un stress considérable, autant de facteurs suffisants pour expliquer une épidémie de diabète, avec ou sans gènes ou culture prédisposants (Roy *et al.*, 2011).

D'autre part, on peut attribuer une différence de santé à un rapport de pouvoir sans remarquer que d'autres rapports sont également en cause. C'est le cas de certaines interprétations des inégalités raciales aux États-Unis. Des auteurs prennent leurs distances d'avec les interprétations génétiques susdites et mettent les différences de santé entre Blanc.he.s et Noir.e.s sur le compte, plutôt, de différences socio-économiques: la moins bonne santé des Noir.e.s résulterait de leurs revenus, en moyenne plus faibles. L'analyse est pertinente, mais elle ne saurait suffire. Elle appelle en effet à se demander pourquoi les Noir.e.s sont plus pauvres que les Blanc.he.s. On entre alors sur le terrain d'un autre rapport de pouvoir, le racial : si les Noir.e.s sont plus pauvres, c'est parce qu'ils et elles sont victimes de multiples discriminations raciales. La moins bonne santé des Noir.e.s traduit ainsi leur minorisation économique, qui elle-même découle de leur minorisation raciale (Carde, 2011).

L'analyse peut être encore affinée si l'on considère les interactions réciproques entre les différents rapports de pouvoir en cause dans une différence de santé, et plus précisément leur co-construction, dans une approche intersectionnelle (Carde, à paraître). On peut

ici rapporter l'analyse du sociologue William Du Bois qui montre, en 1899, comment le racisme affecte la santé des Noir.e.s de Philadelphie en dégradant leurs conditions de vie (alimentation, logement, soins, etc.) (Du Bois, 1967). Là aussi, la moins bonne santé des Noir.e.s résulte de leur minorisation socio-économique, qui elle-même traduit leur oppression raciste. Mais Du Bois pousse plus loin son analyse en observant le jeu d'un troisième rapport de pouvoir : le genre. Il constate en effet que la santé des hommes noirs est plus affectée par le racisme que ne l'est celle des femmes noires. Si les femmes noires sont confinées dans des emplois de domestiques, ceux-ci leur permettent au moins de vivre dans des maisons confortables et d'avoir accès à des repas réguliers. Les hommes, eux, travaillent sur des chantiers, sont hébergés dans des logements insalubres et ont un accès irrégulier à l'alimentation. Du Bois ne mentionne pas le terme d'intersectionnalité, qui n'existe pas encore, mais il donne à voir de façon exemplaire la co-construction des rapports de pouvoir, en l'occurrence de race et de genre : il démontre non seulement que l'oppression raciste affecte la santé, mais aussi que cet impact est modulé par le genre.

Expliquer

La définition ci-dessus place les rapports de pouvoir, tels que socio-économiques, de genre ou raciaux, au cœur de la définition des ISS. Mais comment ces rapports de pouvoir produisent-ils des ISS? Plus précisément, comment une position sociale (comme la position minoritaire des Noir.e.s dans la société américaine) peut-elle «passer sous la peau» pour influencer sur des phénomènes biologiques (comme l'augmentation de la glycémie ou l'apparition de cellules cancéreuses) et psychologiques (comme le ressenti d'un stress) et finalement affecter la santé physique et mentale?

Beaucoup a été écrit sur cette incorporation du social¹. Arrêtons-nous ici sur trois des principales hypothèses discutées dans la littérature, complémentaires les unes des autres. Elles concernent, respectivement, les comportements à risque pour la santé, les conditions de vie et les processus psycho-socio-biologiques.

La première est celle des *comportements à risque pour la santé*, tels que le manque d'exercice physique, une alimentation trop sucrée et trop grasse, la consommation de tabac ou de drogue. La plupart de ces comportements sont plus fréquents à mesure que l'on descend dans les hiérarchies sociales, en particulier celle des revenus. Pourquoi? Les réponses possibles étant nombreuses, on n'en mentionnera ici que les principales (Pampel *et al.*, 2010).

Il y a d'abord les contraintes qu'un budget serré impose sur les comportements : par exemple, à l'épicerie, un faible revenu incite à opter pour un paquet de croustilles plutôt que pour deux ou trois pommes car, pour le même prix, le premier donne l'impression de mieux rassasier; un autre exemple est celui des quartiers plus pauvres qui sont souvent moins verts, plus

pollués et peu sécuritaires (ou du moins ne semblent pas l'être) et invitent donc moins à prendre une marche en bas de chez soi.

Mais le manque d'argent n'est pas la cause directe de tous les comportements à risque, dont certains sont même onéreux, comme l'achat de tabac ou de drogue. Une autre cause de ces comportements est le besoin de «plaisirs de compensation», en réponse au stress chronique dû aux difficultés du quotidien, dont les discriminations, qui suscitent sentiments d'impuissance et de vulnérabilité.

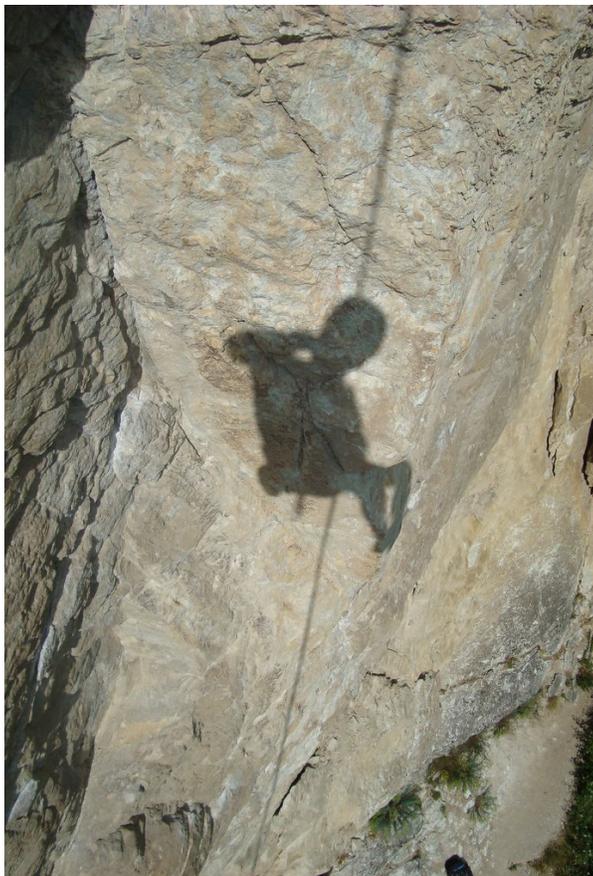
Par ailleurs, un certain fatalisme est décrit chez des individus qui, se sentant exposés à divers risques sur lesquels ils n'ont aucune prise du fait de leur position minoritaire, minimisent la dangerosité de leurs comportements sur une destinée qu'ils estiment déjà compromise. Ce sont par exemple des ouvriers travaillant dans une usine dont l'air ambiant est toxique et qui fument du tabac en pensant «un peu plus ou un peu moins...».

Une quatrième piste d'explication à ces comportements à risque est un faible niveau d'éducation (que l'accès à l'éducation ait été entravé par le manque de revenus ou des discriminations), qui pourrait limiter la connaissance sur le danger de certains comportements. Mais la portée de cette explication semble courte, étant donné que la dangerosité des principaux comportements à risque est largement connue. Il semble par exemple difficile d'ignorer, aujourd'hui au Québec, que le tabagisme nuit à la santé. Si l'éducation joue, ce serait alors plutôt en aidant à savoir comment éviter les comportements que l'on sait dangereux, par exemple quand il faut décrypter une étiquette nutritionnelle.

Enfin, il ne faut pas sous-estimer les effets du quartier de résidence et des réseaux (famille, amis, voisins) qui peuvent banaliser et faciliter des comportements qui seraient plus découragés ailleurs, dans d'autres quartiers ou dans d'autres réseaux plus favorisés.

Cela étant, dans les études épidémiologiques, à comportements équivalents, les personnes les plus défavorisées au sein des rapports de pouvoir restent plus malades que les plus favorisées (Sapolsky, 2016). Les comportements n'expliquent donc qu'une partie des inégalités sociales de santé – il faut alors envisager les deux autres hypothèses.

La deuxième est assez intuitive : plus on descend dans la hiérarchie des revenus et moins on dispose des ressources matérielles nécessaires pour éviter des conditions de vie délétères pour la santé. L'exemple du logement est parlant. Mal chauffé l'hiver, trop chaud l'été, humide, exigü, bruyant, situé dans un quartier pollué et violent: autant de caractéristiques préjudiciables à la santé et d'autant plus fréquentes que les logements sont moins chers. Et là non plus, l'analyse ne doit pas s'en tenir qu'à la hiérarchie socio-économique, puisque la pauvreté



Crédit: Mike Bean. Certains droits réservés.

RETOURS

«Comment une position sociale peut-elle «passer sous la peau» pour influencer sur des phénomènes biologiques et psychologiques et finalement affecter la santé physique et mentale?»

peut résulter de discriminations de toutes sortes, telles que raciales ou genrées, notamment. Des conditions de vie préjudiciables à la santé peuvent ainsi être l'expression de bien des rapports de pouvoir autres que socio-économique.

Enfin, la troisième et dernière hypothèse est dite psycho-socio-biologique. Elle met au jour le processus par lequel un statut social défavorisé (le niveau sociologique) affaiblit l'estime de soi (le niveau psychologique), ce qui prédispose l'individu à avoir des réactions excessivement prolongées aux événements stressants (le niveau biologique) qui finissent par altérer son état de santé.

Le niveau social désigne ici non pas une position sociale objectivement défavorisée, telle qu'elle se traduit dans les conditions de vie décrites ci-dessus, mais la perception subjective qu'en a un individu (Sapolsky, 2016; Wilkinson et al., 2007). Cette perception peut être celle d'un faible soutien social (se sentir peu soutenu.e par ses proches et son entourage), d'une faible cohésion sociale (ne pas se sentir appartenir à une communauté avec laquelle on partage des valeurs), ou encore d'un échec relatif par rapport à ses pairs (fratrie, ancien.ne.s camarades de classe, résident.e.s du même quartier, etc.), en termes de réussite professionnelle ou de niveau de revenu par exemple.

Ce vécu subjectif se manifeste, au niveau psychologique, par un affaiblissement de l'estime de soi. L'individu se sent dépourvu de contrôle sur ce qui lui arrive,

sans autonomie, dominé, incapable d'agir ou de s'en sortir en cas de problème. Au travail, cela se traduit par l'impression de ne pas pouvoir apprendre de son travail, prendre de décisions, ni disposer d'une quelconque marge de manœuvre; c'est aussi la perception d'un déséquilibre entre les efforts accomplis et les récompenses obtenues, et d'un manque de soutien des supérieurs.

Au niveau biologique enfin, une faible estime de soi se traduit par une réaction excessivement prolongée de l'individu lorsqu'il fait face à un événement stressant : cette réaction d'alerte (sécrétion de cortisol, augmentation de la tension artérielle et de la fréquence cardiaque, etc.), sans conséquence préjudiciable si elle est brève, finit par user l'organisme quand elle dure trop longtemps de façon répétée, car elle le prédispose à diverses maladies (Delpierre et al., 2016).

Au total, une position défavorisée au sein d'une ou de plusieurs hiérarchie(s) sociale(s) altère la santé des individus en favorisant leurs comportements à risque, en leur imposant des conditions de vie malsaines et en altérant leur réaction biologique au stress. On peut illustrer ces trois hypothèses avec l'exemple, aux États-Unis, des discriminations raciales qui affectent la santé des Noir.e.s. Ces discriminations, lorsqu'elles se produisent par exemple lors de l'accès l'emploi et à l'éducation, diminuent les revenus des Noir.e.s (hypothèses des conditions de vie et des comportements contraints par les restrictions budgétaires). Elles suscitent, en outre, un stress chronique qui entraîne une usure prématurée du corps (hypothèse psycho-socio-biologique) et incite à des plaisirs de compensation (hypothèse des comportements à risque) (Williams et al., 2013).

Ces hypothèses permettent également d'interpréter les données épidémiologiques de la pandémie de Covid-19. Par exemple, l'hypothèse des conditions de vie contribue à expliquer pourquoi les taux de contamination sont particulièrement élevés, au Québec, 1) dans les quartiers les plus défavorisés, comme Montréal-Nord (le respect des mesures de confinement y est plus difficile car ce sont des quartiers plus densément peuplés et car leurs habitant.e.s occupent plus souvent des emplois dans les secteurs essentiels, avec contact avec le public), 2) chez les femmes (du fait de leurs emplois plus exposés, notamment en santé) et 3) chez les personnes âgées vivant dans des établissements collectifs (en raison notamment des conditions de travail des professionnels qui les prennent en charge: effectif insuffisant et affectés simultanément à plusieurs établissements, d'où un risque plus élevé de propager le virus) (DRSP, 2020; INSPQ, 2020).

Si l'on considère plutôt les taux de mortalité (et non de contamination), les statistiques anglaises, plus complètes que celles dont on dispose au Québec à l'heure où sont écrites ces lignes, sont précieuses. Elles révèlent une surmortalité dans les quartiers défavorisés (ONS, 2020a), qui s'explique par la su-

reexposition à l'infection, mais aussi par la présence plus élevée, chez les résident.e.s de ces quartiers, de facteurs de risque d'aggravation en cas d'infection par la Covid-19 comme une maladie pulmonaire ou cardio-vasculaire préexistante. L'hypothèse des comportements pointe les raisons pour lesquelles le tabagisme, facteur de risque de ces maladies, est plus fréquent dans les groupes défavorisés. Quant à l'hypothèse psycho-socio-biologique, elle contribue à expliquer pourquoi, après prise en compte des caractéristiques socio-économiques, les Noir.e.s meurent encore près de deux fois plus de la Covid-19 que les Blanc.he.s, au Royaume Uni: c'est que le stress chronique suscité par l'oppression raciste est un facteur aggravant supplémentaire en cas d'infection (ONS, 2020b).

Combattre

Reprenons maintenant ces trois hypothèses sur la fabrication des ISS pour y chercher des leviers dans la lutte contre ces dernières. Les politiques publiques se révèlent cruciales. Elles peuvent en effet décourager les comportements à risque. Pensons, par exemple, à la hausse du prix des cigarettes, aux campagnes d'information sur les méfaits de l'alcool, à la limitation de la publicité sur la malbouffe destinée aux enfants, au maintien d'un prix bas pour les fruits et légumes frais ou encore à la réglementation de la qualité des menus dans les cafétérias scolaires. Les politiques publiques sont également susceptibles d'améliorer les conditions de vie des plus défavorisé.e.s afin qu'elles n'affectent pas leur santé. Citons des services publics de qualité (éducation, soins et services sociaux, etc.), des logements sociaux assez nombreux et des montants suffisants pour le salaire minimum et les prestations d'aide sociale.

Enfin, et on n'y pense probablement moins spontanément, les politiques publiques peuvent aussi freiner le développement des sentiments d'infériorité et de vulnérabilité qui donnent prise aux processus psychosocio-biologiques. Une fiscalité progressive et la redistribution des richesses, en réduisant les écarts de revenus, agissent en ce sens. Les politiques publiques peuvent aussi, à l'échelle des municipalités et des quartiers, soutenir la création d'espaces de sociabilité et d'entraide pour favoriser les sentiments de soutien et de cohésion. Enfin, l'engagement des



Crédit: David Dixon. Certains droits réservés. 

pouvoirs publics contre les discriminations (racistes, sexistes, homophobes, etc.) peut limiter les effets de ces dernières dans leurs dimensions matérielles (dans l'accès aux ressources), mais aussi subjectives (sentiments de vulnérabilité). On pense par exemple à une condamnation rigoureuse et médiatisée du profilage racial par la police, dont les conséquences objectives (privation de liberté, violences physiques, amendes, etc.), mais aussi subjectives (sentiments de harcèlement, injustice, peur, etc.), affectent la santé des victimes.

Finalement, que devraient retenir de ces considérations les intervenant.e.s à l'œuvre sur le terrain de la santé et des services sociaux, quant à leur propre marge d'action? Comment ne pas se sentir impuissant.e face à des situations qui résultent souvent de l'interaction de multiples facteurs (revenus, conditions de travail, éducation, logement, etc.) et sont en grande partie configurées par des logiques structurelles (Carde, 2019)? Il faut bien sûr rappeler le rôle essentiel des intervenant.e.s pour améliorer les comportements et les conditions de vie, mais aussi souligner leur contribution au regard des processus psycho-socio-biologiques. Le vécu de vulnérabilité et d'infériorité peut être diminué si l'intervenant.e établit une relation égalitaire avec la personne et lui (re) donne confiance dans sa capacité à exercer du pouvoir sur sa vie (par exemple en l'impliquant dans les décisions la concernant, comme des soins). L'intervenant.e peut aussi aiguïser la conscience critique de la personne sur ce qu'elle vit, en pointant les liens entre ses problèmes individuels et son statut opprimé (reprenant le slogan féministe des années 1960, «le privé est politique»), via des facteurs structurels comme le marché du travail mais aussi des discriminations... dans un numéro d'équilibriste, car il faut aussi éviter que cette conscience critique ne bascule dans un sentiment d'impuissance.

Note

1. Je fais référence ici à la fameuse notion d'*embodiment* par laquelle l'épidémiologiste Nancy Krieger désigne la traduction, dans des indicateurs biologiques, des multiples déterminants matériels et immatériels auxquels est exposé un individu au cours de sa trajectoire de vie (Krieger 2001).

Références

Carde, Estelle (2011), «De l'origine à la santé, quand l'ethnique et la race croisent la classe», *Revue Européenne des Migrations Internationales*, (27)3, p.31-55.

Carde, Estelle (2019), «When Social Inequalities Produce "Difficult Patients": a Qualitative Exploration of Physicians' Views», *Sage Open*, p.1-11.

Carde, Estelle, (à paraître), «Les inégalités sociales de santé au prisme de l'intersectionnalité», *Sciences sociales et santé*.

Braveman, Paula (2006), «Health Disparities and Health Equity; Concepts and Measurement», *Annual Review of Public Health*, 27, p.167-194.

Courtenay Will H. (2000), «Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health», *Social Science & Medicine*, 50(10), p.1385-1401.

Delpierre, Cyrille, Cristina, Barboza-Solis, Raphaële, Cas-



Crédit: Carl Campbell. Certains droits réservés. ©

tagne, Thierry, Lang et Michelle Kelly-Irving (2016), «Environnement social précoce, usure physiologique et état de santé à l'âge adulte : un bref état de l'art», *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire* (16-17), p.276-281.

Direction régionale de santé publique de Montréal (DRSP) (2020), «Inégaux face à la pandémie», *Le point sur la santé des Montréalais en période de pandémie*, 2020, 2 p.

Du Bois, W. E. B. (1967[1899]), *The Philadelphia Negro. A Social Study* New York, Schocken Books.

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) (2020), *Données COVID-19 au Québec*.

Krieger, Nancy (2001), «Theories for social epidemiology in the 21st century: an ecosocial perspective», *International journal of epidemiology*, 30(4), p.668-677.

Office for National Statistics (ONS) (2020a), *Deaths involving COVID-19 by local area and socioeconomic deprivation: deaths occurring between 1 March and 31 July 2020*, 28 août 2020.

Office for National Statistics (ONS) (2020b), *Coronavirus (COVID-19) related deaths by ethnic group, England and Wales*.

Pampel, Fred C., Krueger, Patrick M. et Justin T. Denney (2010), «Socioeconomic Disparities in Health Behaviors», *Annual Review of Sociology*, 36, p.349-70.

Potvin, Louise, Moquet Marie-Josée et Catherine Jones (2010), *Réduire les inégalités sociales en santé*, Saint-Denis (France), INPES, p.35-51.

Roy, Bernard et Anne-Marie Michaud (2011), «Réflexion critique sur la santé des autochtones», *Les Cahiers du CIÉRA*, 8, p.59-86.

Sapolsky, Robert (2005), «Sick of Poverty», *Scientific American*, 293(6), p.92-99.

Whitehead, Margaret (1991), «The concepts and principles of equity and health», *Health Promotion International*, 6(3), p.217-228.

Wilkinson Richard G. et Kate E. Pickett (2007), «The problems of relative deprivation: Why some societies do better than others», *Social Science & Medicine*, 65, p.1965-1978.

Williams, David R. et Selina A. Mohammed (2013), «Racism and Health I: Pathways and Scientific Evidence», *American Behavioral Scientist*, 57(8), p.1152-1173.

les midis du **CREMIS**

Raconter sa douleur et ne pas se faire croire

Estelle Carde
professeure de sociologie,
Université de Montréal

Jeudi 10 décembre 2020
12:00-13:30

Événement en visioconférence
Inscription: <https://rebrand.ly/ECarde>