

Faire avec?

Créativité et alliance thérapeutique

Un nouveau levier pour agir sur les inégalités sociales de santé?

« On est dans une position de contrôleurs malgré nous »



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

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

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

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

Secrétaire de rédaction : Chloé Couvy.

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

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

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

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

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

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

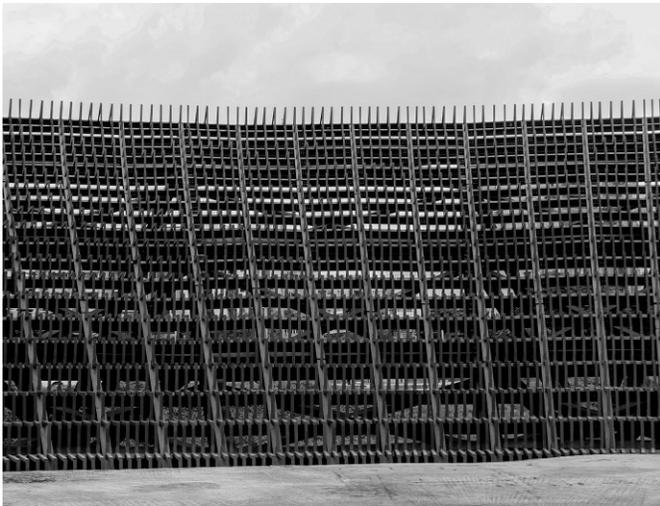
Vous pouvez télécharger gratuitement la revue à cette adresse : www.cremis.ca

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



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

Photo page couverture: JBL



Crédit: Shardar Tarkul Islam

Inégalités sociales

Discriminations

Pratiques alternatives de citoyenneté

Faire avec?

« Ces pratiques créatives laissent entrevoir une entente tacite faite spécifiquement avec la personne accompagnée suite à un potentiel perçu, un échange qui favorise l'engagement de la personne suivie, encouragée par ce que projettent les actions de l'intervenant-e. »

« [La patiente accompagnatrice] me rappelait de toujours de prendre des notes sur comment je me sens, qu'est-ce que je ressens jour par jour, pour ne pas oublier, et qu'au prochain rendez-vous, je me rappelle mes questions », « Ça m'a confortée dans la possibilité de dire : "Je n'ai pas compris, pouvez-vous répéter?" »

« Concilier soin, protection, autonomie et sécurité publique n'est pas chose aisée : face à des situations singulières mais parfois difficiles à gérer, les équipes professionnelles doivent sans cesse repenser le cadre de leur travail, notamment à travers des moments collectifs de délibération, et avancer à tâtons pour redéfinir leurs missions. »

(suite à la page 17)

SOMMAIRE

REGARDS

Architecture + Itinérance : des pratiques d'aménagement novatrices pour une ville solidaire. 4

Carolyne Grimard, Sarahlou Wagner-Lapierre, Élisabeth Prince, Sonia Blank, Véronic Lapalme

Enseigner la conception avec des populations marginalisées : potentiels et enjeux éthiques d'ateliers universitaires de design participatif 10

Olivier Vallerand

DOSSIER 17

Faire avec?

Créativité et alliance thérapeutique : des pratiques à mettre en lumière pour mieux saisir l'accompagnement social en itinérance dans le milieu institutionnel 18

Judith Sigouin

L'intégration de patientes accompagnatrices dans l'équipe de soins des patientes atteintes d'un cancer du sein au CHU de Montréal : un nouveau levier pour agir sur les inégalités sociales de santé? 26

Julie Schmit, Marie-Pascale Pomey, Enora Le Roux, Marie-Andrée Côté

« On est dans une position de contrôleurs malgré nous » : enjeux professionnels au sein des unités psychiatriques médico-légales en Belgique francophone 32

Sophie De Spiegeleir

RETOURS

Le signalement aux services de protection de l'enfance : entre obligation, contraintes et agentivité des acteurs-trices thérapeutiques 39

Pierre Pariseau-Legault, Sandrine Vallée-Ouimet, Mélyna Désy-Bédard

Les Exilés et la pandémie en 2020. Journal des premiers jours 47

Jean-François Laé, Laetitia Overney



Crédit: JBL

Des pratiques d'aménagement novatrices pour une ville solidaire

Architecture + Itinérance

REGARDS

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

Sarahlou Wagner-Lapierre
Doctorante, département de philosophie, Université de Montréal
et collaboratrice chez ASFQ

Élizabeth Prince
Diplômée en architecture, Université de Montréal
et collaboratrice chez ASFQ

Sonia Blank
Architecte, chargée de recherche chez ASFQ

Véronic Lapalme
Doctorante, École de travail social, Université de Montréal
et collaboratrice chez ASFQ

Qui a droit à la ville? L'accès à la ville et à ses espaces publics pour les personnes en situation d'itinérance est de plus en plus restreint ou conflictuel. Afin de se rendre plus attractives, notamment pour attirer les investissements et les touristes, les villes invisibilisent des populations perçues comme étant indésirables en les déplaçant dans des zones périphériques, et la revitalisation de certains quartiers se fait souvent au détriment du tissu social en place.

Ce que l'on nomme le « design hostile » fait partie des méthodes coercitives visant à exclure de l'espace des groupes spécifiques jugés indésirables, en empêchant la tenue de certains comportements qui gênent. On le justifie généralement par le souhait de prévenir le crime ou de protéger la propriété privée. Il se caractérise souvent par des gestes de design qui ne seront pas remarqués par les groupes qui ne sont pas visés (Petty, 2016). On peut penser, par exemple, à la présence de pics situés devant les façades de bâtiments qui empêchent de s'y coucher, à des lumières qui découragent l'occupation des lieux ou la consommation de drogue, et à des couvercles de poubelles qui empêchent d'y fouiller. Le design hostile, par le fait qu'il présente une contrainte physique, n'est pas la seule méthode qui force les personnes en situation d'itinérance à se déplacer : l'absence d'installations adaptées, comme des fontaines d'eau potable ou des toilettes publiques, entraîne également des déplacements. Ces méthodes coercitives sont particulièrement présentes dans les quartiers prisés. Elles participent encore plus au déplacement et à l'invisibilisation des personnes en situation d'itinérance lorsqu'elles sont couplées à des méthodes commerciales de marketing, en invitant par exemple les personnes à consommer un produit quelconque pour avoir accès à des endroits intéressants (comme une terrasse sur une rue animée) ou à des installations sanitaires.

Si la littérature scientifique compte de nombreuses analyses permettant de voir comment les gestes d'aménagement peuvent contribuer aux processus d'invisibilisation des personnes en situation d'itinérance, celle sur les gestes d'aménagement qui contribuent à leur bien-être est un peu plus mince (Rollings et Bollo, 2021). C'est donc sur ce point que nous avons choisi de mettre l'accent, en réalisant un catalogue de propositions stratégiques pour soutenir les décisions à tous les paliers des gouvernements et sensibiliser les professionnel·les en aménagement.



Crédit: JBL

Pratiques d'aménagement

Les **pratiques d'aménagement** concernent tous les gestes posés en vue de modifier l'environnement, que ce soit au travers d'un processus de consultation, de législation, de programmation, de conception, de construction ou tout simplement d'appropriation. Ils peuvent être posés tant par des professionnel·les de l'aménagement, que des intervenant·es, employé·es de la ville ou encore des occupant·es de bâtiments ou d'espaces publics.

Cadre bâti

Le **cadre bâti** fait référence à des environnements physiques construits, transformés et aménagés pour des personnes, ou des animaux, et pouvant permettre le déroulement d'activités. Il répond à des qualités architecturales (esthétiques ou techniques) et peut parfois faire référence à des périodes historiques (par exemple, avoir une valeur patrimoniale), (Conseil du patrimoine culturel du Québec, 2019). Dans cet article, le cadre bâti, soit les bâtiments ainsi que les manières dont ils ont été construits et sont utilisés, est analysé selon les réactions et émotions qu'il induit chez les personnes en situation d'itinérance.

Bien-être

D'après Moser (2009), le **bien-être** d'un individu dépend de l'adéquation entre la satisfaction individuelle et les aspirations relatives à l'environnement et les conditions objectives dudit environnement. En conséquence, favoriser le bien-être par l'aménagement exige de cerner les aspirations et les besoins des personnes en situation d'itinérance relatifs à leur milieu de vie et de mettre en œuvre des pratiques pour concevoir un environnement qui y correspond au mieux.

Situation d'itinérance

Le terme **itinérants** désignait initialement les hommes qui se déplaçaient de ressource en ressource suivant un itinéraire afin de subvenir à leurs besoins (Roy, 2013). Aujourd'hui, l'expression **personnes en situation d'itinérance** fait référence à une diversité de visages et d'expériences de vie ayant en son intersection un bon nombre de vulnérabilités.

Habiter

Les personnes catégorisées comme vivant une situation d'itinérance ne sont pas systématiquement sans domicile. Il s'agit plutôt de manières d'**habiter** qui dépassent la conception normative qui se réfère habituellement à un espace disposant d'une adresse, où il est possible de vivre sa vie quotidienne en échappant au regard d'autrui (Bellot et al., 2005; Laberge et Roy, 2001; Leroux, 2008; Vassart, 2006). Pour ces personnes, la notion de chez soi n'est pas forcément associée à un domicile fixe se situant entre quatre murs, en dur et à soi (Grimard, 2022).

Notre équipe de recherche, composée de chercheuses ancrées à la fois chez Architecture Sans Frontières Québec (ASFQ) et à l'École de travail social de l'Université de Montréal, cherchait à en savoir plus sur les précédents en matière de projets architecturaux et d'aménagement de bâtiments destinés aux personnes en situation d'itinérance. Dans la foulée d'une activité avec le Centre canadien d'architecture autour du documentaire *What it takes to make a home*, qui présente deux projets de logements aménagés par des architectes pour des personnes en situation d'itinérance à Los Angeles (États-Unis) et à Vienne (Autriche), nous avons cherché à recenser tous les projets de ce genre que nous pouvions trouver. Peu d'articles scientifiques sont toutefois disponibles sur le sujet, et nous avons élargi notre recherche pour inclure des recensions de projets architecturaux (lorsqu'un prix est gagné, par exemple), de la littérature grise, ou encore des sites web explicatifs. Cette recherche documentaire s'est également élargie pour inclure les projets d'aménagements extérieurs.

Nous avons donc recueilli un peu plus de 150 références documentaires, jugées pertinentes pour comprendre le lien entre l'itinérance et l'aménagement¹. À partir de ces références, près de 200 pratiques ont été identifiées par l'équipe comme contribuant au bien-être des personnes en situation d'itinérance, et ce sont ces pratiques que nous avons ensuite regroupées en cinq grandes catégories, reflétant la réalité multidimensionnelle de l'itinérance : 1) reconnaître le droit à l'espace public; 2) faciliter la cohabitation sociale; 3) concevoir des espaces inclusifs; 4) aménager un lieu sûr; 5) soutenir l'auto-détermination. Les deux premières nous placent à l'échelle de la ville, en abordant les frictions qui peuvent survenir lors du partage d'espaces publics ou collectifs, intérieurs et extérieurs, et en proposant des moyens pour faciliter une coexistence harmonieuse. La troisième catégorie concerne les processus de design à prioriser afin de parvenir à créer des espaces inclusifs pour les personnes en situation d'itinérance, en mobilisant une conception du design dite « par et pour ». Les deux dernières présentent finalement les pratiques qui concernent le bâti lui-même.

L'intention de cette documentation et de cette catégorisation était double. D'abord, nous cherchions à savoir ce qui avait déjà été fait en matière de pratiques d'aménagement pour les personnes en situation d'itinérance et à identifier des angles morts afin d'alimenter des pistes de recherche futures. Puis, nous voulions partager le fruit de ce travail sous la forme d'un catalogue de pratiques avec les professionnel·les de l'aménagement au Québec, puisqu'aucune mobilisation des connaissances dans un contexte québécois-canadien sur ce sujet n'avait été réalisée jusqu'à présent. Nous proposons ici un survol de ce que peuvent être, dans les grandes lignes, des pratiques d'aménagement sensibles aux enjeux de l'itinérance².

Crédit: Jon Tyson



REGARDS

« ne pas savoir comment se compose le tissu social du quartier, ou ne pas aller à la rencontre des populations qui y habitent ou y sont ancrées, participe à l'invisibilisation de certaines populations et contribue à la gentrification de ces quartiers »

Frictions et partage

Il existe une contradiction entre l'idéal libéral d'un espace public ouvert à tous-tes et la réalité vécue par les personnes qui l'utilisent. L'espace public n'est souvent ouvert qu'à celles qui adoptent des comportements socialement acceptés et exclut donc celles dont les comportements sont jugés inacceptables (Iveson, 1998). Puisque posséder les moyens de consommer et avoir un logement à soi sont devenues les deux conditions nécessaires à remplir pour pouvoir occuper l'espace public sans y être réprimé (Laberge et Roy, 2001), la présence de personnes en situation d'itinérance qui occupent l'espace public sans consommer ou pour y mener des activités de la vie quotidienne (comme dormir, uriner ou travailler de manière informelle en mendiant) est considérée comme dérangeante (Bellot et al., 2005). Puisque l'espace public constitue généralement un endroit de transit, de tourisme ou utilisé pour des activités commerciales (légal), les administrateurs-trices de la ville mettent en œuvre des règlements destinés à contrôler ou à exclure les personnes en situation d'itinérance, parce qu'elles sont souvent perçues comme pouvant avoir un effet négatif sur les activités commerciales et de tourisme (Amster, 2003; Zukin, 1995).

De plus, les projets d'aménagement destinés aux personnes en situation d'itinérance sont souvent reçus froidement par le voisinage, qui s'oppose à la cohabitation, malgré des lois prohibant la discrimination en matière d'accès au logement. Cela s'exprime notamment par le phénomène du « pas dans ma cour! », lorsque les riverain-es s'opposent à un projet, jugé indésirable dans le quartier où ils et elles habitent et travaillent, mais se disent en faveur de son implantation si elle se fait ailleurs. Par exemple, en 2018, The Open Door, un centre de jour et refuge pour personnes en situation d'itinérance autochtone, a été confronté à ce phénomène de « Pas dans ma cour ». Lorsque l'organisme a dû quitter le territoire de Westmount faute de y avoir trouvé un espace voulant les accueillir, leur relocalisation sur le Plateau-Mont-Royal n'a pas été sans embûches. L'organisme a, là aussi, rencontré de vives oppositions citoyennes (Chouinard, 2018), face à laquelle l'arrondissement a mis en place un plan de cohabitation dédié au secteur Milton-Parc (Gildener, 2021; Arrondissement-PMR, 2021).

Au-delà de la coexistence, sans frictions, la cohabitation sociale suppose le partage de l'espace entre les individus, selon des modes d'ententes qui comprennent autant le conflit, que la tolérance et la collaboration (Dansereau et al., 2002). Elle fait typiquement l'objet d'oppositions fondées sur des préjugés, des enjeux de consultation ou des enjeux d'aménagement (Connelly, 2005). Par exemple, deux mythes à déconstruire suggèrent que les projets destinés aux personnes en situation d'instabilité résidentielle nuiraient au caractère esthétique des quartiers et que l'implantation de ces projets réduirait la valeur immobilière des propriétés du quartier. En ce sens, l'intégration du voisinage par les consultations publiques dès l'amorce du processus de conception des projets peut aider à développer des projets d'aménagement en tenant compte des craintes en amont, tout en favorisant l'intégrité et le bien-être des usagers-ères (Connelly 2005; Affordability and Choice Today 2009; BC Housing s.d.). Dans la conception même des projets, certaines pratiques d'aménagement semblent favoriser la cohabitation, comme celles intégrant des lieux de partage entre résident-es et voisin-es (par exemple, l'aménagement d'un jardin communautaire dans le projet d'appartements supervisés MLK1011³ à Los Angeles), ou encore celles concevant des bâtiments qui conservent et améliorent les qualités paysagères et urbaines existantes (en préservant les espaces de jeu, par exemple, ou encore en adoptant une esthétique similaire aux bâtiments limitrophes) tout en offrant également une activité du domaine public (le projet VinziRast⁴, à Vienne, a ainsi été conçu comme un projet de logements partagés entre personnes en situation d'itinérance et personnes étudiantes, tout en ayant un café ouvert à tout le monde au rez-de-chaussée).

Il est même possible de se servir du design comme un plaidoyer pour le droit à la ville, afin de sensibiliser le grand public à l'itinérance. Une architecture conçue par des architectes de renom peut faciliter l'acceptation sociale des projets destinés aux personnes en situation d'itinérance, tout en affichant fièrement la légitimité de la présence de celles-ci dans la ville, comme dans le cas du complexe *Star Apartments*⁵, conçu par l'architecte Michael Maltzan, qui loge une centaine de personnes en situation d'itinérance, détonne avec son architecture tape-à-l'œil et a fait

l'objet d'une œuvre à la Biennale de Venise en 2018⁶. Des installations publiques peuvent également servir à énoncer leur droit à occuper l'espace public ou encore à faire mieux connaître leurs réalités et leurs vécus au sein de la ville. Par exemple, à l'occasion de son 30^e anniversaire, le refuge La Tuile, en Suisse, a installé 30 tentes dans la place publique à Fribourg⁷, afin d'informer et de sensibiliser les riverain-es aux services rendus par le refuge. Les personnes intéressées pouvaient dormir dans une tente et recevoir un petit-déjeuner moyennant des frais de 5 francs (environ 7 dollars canadiens), soit le coût habituel d'une nuitée au refuge.

Conceptions inclusives

La voix des personnes en situation d'itinérance, directement concernées par ces projets, est rarement entendue dans les consultations publiques et les diverses instances décisionnelles. Cette mise à l'écart dans les modes de gouvernance peut s'expliquer en partie par une participation réduite à la vie sociale, culturelle et politique en raison de la stigmatisation, de la discrimination et de la marginalisation dont ils et elles sont la cible (Whiteford, 2011).

Par ailleurs, l'espace public, bien qu'il soit parfois hostile, peut constituer le « chez-soi » de certaines personnes en situation d'itinérance. Les interventions architecturales ou de design qui ne prennent pas en compte le tissu social d'un quartier peuvent paradoxalement contribuer à leur déracinement et les professionnel·les du design qui interviennent dans un quartier qu'ils et elles se sont approprié ont alors une responsabilité à leur égard. Plus généralement, ne pas savoir comment se compose le tissu social du quartier, ou ne pas aller à la rencontre des populations qui y habitent ou y sont ancrées, participe à l'invisibilisation de certaines populations et contribue à la gentrification de ces quartiers. Un exemple de cela est l'implantation de tours résidentielles en face de la Place Émilie-Gamelin qui entraîne déjà son lot d'évictions et suscite la crainte d'exacerber la crise sociale que vit le quartier en ce moment (Labbé, 2021; Teisceira-Lessard, 2023).

Dans le développement d'environnement, on trouve trois processus, interreliés : les processus de conception, de consultation, et de recherche. Aborder ces processus avec un souci d'inclusivité demande de développer une meilleure compréhension des besoins des personnes concernées par le projet, de favoriser leur implication par la reconnaissance de leurs savoirs expérientiels et la prise en compte de leurs points de vue, puis de faire valider les choix conceptuels tout au long du processus, afin de s'assurer que les espaces et aménagements ainsi conçus soient assez flexibles pour répondre effectivement aux besoins spécifiques des divers groupes qui y cohabitent (Commission for Architecture and the Built Environment, 2008). Par exemple, la coopérative d'architecture montréalaise PIVOT base nombre de ses projets sur ces principes inclusifs et se tourne vers la communauté pour l'entendre à propos de divers enjeux sociaux. En ce sens, PIVOT a par exemple tenté d'alimenter la diversité des

conceptions du chez-soi en consultant des riverain-es du quartier Pointe-St-Charles sur la sécurité alimentaire⁸, de même qu'en menant un projet de recherche-action auprès de communautés autochtones en situation d'itinérance sur leurs représentations d'un espace de rêve⁹.

Bâtir un havre

L'approche du design informé par les traumatismes (*trauma-informed design*) repose sur l'idée que l'environnement bâti peut avoir une incidence non seulement sur l'autodétermination des personnes, mais aussi sur leur sentiment de dignité, d'estime personnelle et de reconnaissance. Avoir souffert de l'absence d'un chez-soi peut représenter un traumatisme important. D'après Pable, McLane et Trujillo (2022), les personnes ayant vécu un tel traumatisme ont besoin d'espaces qui leur permettent à la fois de gérer le stress, de préserver leur intimité et de se sentir en sécurité, et d'être en présence de beauté et d'objets attrayants et significatifs. En d'autres termes, il importe d'aménager pour ces personnes un milieu sûr, confortable et paisible : un havre. Rollings et Bollo (2021) définissent le havre (*safe haven*) comme un espace de protection, de refuge et de répit en opposition aux lieux moins sécuritaires précédemment occupés. Molony (2010) le souligne aussi, le sentiment de chez-soi est intimement lié à celui de bénéficier d'un lieu non seulement de sûreté et de sécurité, mais aussi de confort et de relaxation, où il existe moins de restrictions imposées que dans l'espace public.

Cette dimension nous renvoie à la notion de sécurité ontologique, soit l'état de bien-être ancré dans un sentiment de constance dans l'environnement social et matériel, nécessaire à la reconstruction d'une identité personnelle après avoir vécu une épreuve traumatisante. L'environnement devrait ainsi soutenir « l'habileté à compléter des routines journalières, la vie privée, l'émancipation de la surveillance et du contrôle, la capacité de construire son identité dans un climat sécuritaire » (Rollings et Bollo 2021, p.17¹⁰).

Toutefois, les personnes en situation d'itinérance sont souvent confrontées à des environnements qui peuvent être infantilisans et contraignants, ce qui va à l'encontre du développement d'un sentiment de sécurité ontologique. Au contraire, les espaces conçus pour les accueillir devraient non seulement rejeter tous les éléments architecturaux qui rappellent les institutions (par exemple des matériaux ou des couleurs qui pourraient rappeler la prison, l'hôpital, ou autre lieu de contrainte et de coercition), mais aussi être personnalisables, grâce à des aménagements flexibles et faciles à décorer.

Les refuges sont un bon exemple d'espaces sur lesquels travailler pour réduire le stress environnemental et soutenir le développement d'un sentiment de chez-soi. Ces lieux, souvent fréquentés par les personnes en situation d'itinérance, sont identifiés comme une source de stress élevé, au sein desquels elles craignent notamment de voir leur sécurité compromise par un vol ou une agression (Leblanc, 2021).

Ainsi, les qualités de l'environnement physique devraient être repensées de façon à ne pas imposer aux usagers-ères de s'y adapter mais, au contraire, de façon à renforcer leur sentiment de sécurité.

Il est possible pour cela d'aménager l'espace de façon à diminuer les sources de stress, par exemple en prévoyant plusieurs entrées et sorties au sein d'un bâtiment ou des endroits sécuritaires pour ranger ses affaires, en y facilitant l'orientation grâce à des parcours intuitifs et sans impasses ou à des points de repère et à une signalisation claire, et en minimisant les sources de gêne liées au bruit, aux odeurs, à la température ou à l'encombrement.

Il est aussi déterminant de favoriser, pour les usagers-ères, le développement d'un sentiment de chez-soi qui, outre procurer de la protection et de la sécurité, signifie également bénéficier d'un lieu disposant d'un certain niveau de confort et d'intimité. Cet espace familier est également associé à l'identité personnelle (*place identity*) et à l'expression de soi qui peut se manifester sous la forme de processus d'appropriation (Dovey, 1985). L'environnement peut ainsi jouer un rôle dans le développement d'un sentiment de chez-soi, notamment en appliquant certaines stratégies d'aménagement offrant à la fois des espaces personnels aux occupant-es, par exemple en prévoyant des dispositifs d'intimité visuelle et sonore, mais aussi des espaces permettant de se rencontrer, ou d'accueillir des invité-es, tout en portant attention à ce que l'esthétique des lieux reflète les goûts et les préférences des personnes.

Au-delà des aménagements intérieurs, il est également nécessaire de développer une offre variée adaptée à la diversité des publics et des modes de vie. Ceci peut se faire, par exemple, en prévoyant des appartements plus ou moins grands pouvant accueillir des familles, des personnes seules, ou des animaux de compagnie. Comme il arrive souvent que les personnes en situation d'itinérance soient déplacées en périphérie des villes, ce qui exacerbe leur vulnérabilité, cette offre d'espaces de vie doit aussi prendre en compte, et s'inscrire dans, les services et les réseaux déjà en place dans les quartiers ou les secteurs visés. On peut penser par exemple à favoriser l'accès à différents services de proximité, aux transports publics et aux ressources communautaires.

Le design peut également être mis à contribution pour soutenir des initiatives d'habitats informels ou des revendications politiques menées par les personnes en situation d'itinérance. Afin de ne pas dénaturer le mode de gestion informel, il importe que les aménagistes apprennent des communautés et évitent d'imposer leur vision.

Renverser les dynamiques d'exclusion

Ce dont notre recherche documentaire fait état, c'est que la voix des personnes en situation d'itinérance est pour l'instant surtout entendue lorsque des projets de co-design sont menés par des firmes d'architecture. Les consultations publiques menées par des villes,

ou les processus de développement immobilier menés par des promoteurs, au sein desquels la voix des personnes en situation d'itinérance serait entendue, sont dans l'angle mort de notre recherche.

Par ailleurs, si la littérature scientifique permet aujourd'hui de cibler certains besoins pour certaines populations en situation d'itinérance, il existe encore très peu d'informations concernant les besoins de plusieurs groupes surreprésentés parmi la population itinérante à Montréal, comme les communautés autochtones ou LGBTQIA2S+. Certains enjeux spécifiques pourraient en ce sens être mieux documentés, afin de soutenir le développement de pratiques d'aménagement répondant aux besoins des personnes concernées.

Selon une recension de Meda (2009), les besoins des personnes en situation d'itinérance figurent en outre rarement dans les règlements et les instruments de planification urbaine. Au contraire, plusieurs mesures de zonage d'exclusion créent des communautés homogènes exemptes de personnes jugées indésirables. Ce type de zonage a augmenté la concentration de personnes en situation d'itinérance dans les centres-villes, limité le nombre et le type d'installations de services communautaires et restreint le développement de projets de logements abordables (Oakley, 2002). Le développement d'outils de zonage plus inclusifs aurait ainsi le potentiel de contribuer également, à plus large échelle, au bien-être des personnes en situation d'itinérance.

Toutefois, à travers les différentes échelles de stratégies d'aménagement présentées jusqu'ici, nous pouvons déjà voir que les avenues possibles sont nombreuses pour développer des pratiques inclusives, destinées à favoriser la cohabitation. Ces exemples variés de stratégies possibles d'aménagement de l'espace public, du bâti et des intérieurs, donnent un aperçu de la manière d'envisager le renversement des dynamiques d'exclusion, des perceptions de ce qu'est un chez-soi et de la mésadaptation du design aux réalités de la vie à la rue. Il devient alors possible de mettre de l'avant d'autres gestes d'aménagement qui, plutôt que de les invisibiliser ou les exclure, soutiennent le bien-être des personnes en situation d'itinérance.



Crédit: Jon Tyson

Notes

1. La littérature scientifique consultée présentait toutefois de nombreuses limites : le sujet est à ce jour peu documenté scientifiquement, les études post-occupationnelles sur l'impact des projets développés sont peu nombreuses, et la traduction des besoins en matière d'aménagement semble parfois difficilement saisissable par les professionnel·les non-formé·es à la réalité complexe de l'itinérance.
2. Pour plus de détails sur ces analyses, des illustrations photographiques et des explications graphiques, voir le catalogue Architecture + Itinérance. Pratiques inclusives pour une ville solidaire (ASFQ, 2023).
3. Voir : <https://www.archdaily.com/950370/mlk1101-supportive-housing-lorcan-ohelthy-architects>
4. Voir : <https://architectuul.com/architecture/vinzirast>
5. Voir : <https://skidrow.org/buildings/star-apartments/>
6. Voir : <https://www.mmaltzan.com/projects/star-apartments-la-biennale-di-venezia-2018/>
7. Voir : <https://www.rts.ch/play/tv/redirect/detail/13463767>
8. Voir : <https://pivot.coop/projets/architecte-au-marche/>
9. Voir : <https://pivot.coop/projets/espace-de-reve/>
10. « [...] the ability to complete daily routines, privacy and freedom from surveillance, control, and having a secure base for identity construction » (notre traduction).

Références

- Affordability and Choice Today (ACT). (2009). Housing in my backyard: A municipal guide for responding to NIMBY. https://data.fcm.ca/documents/tools/ACT/Housing_In_My_Backyard_A_Municipal_Guide_For_Responding_To_NIMBY_EN.pdf
- Architecture sans frontières Québec (ASFQ). (2023). Architecture + Itinérance. Pratiques inclusives pour une ville solidaire. Catalogue d'aménagement. https://www.asf-quebec.org/wp-content/uploads/2023/01/2023.01_Catalogue_ASFQ_opt_v.pdf
- Arrondissement Plateau-Mont-Royal. (2021). Plan de cohabitation sociale et partage de l'espace public. Secteur de Milton-Parc. https://portail-m4s.s3.montreal.ca/pdf/pmr_plan-cohabitation-sociale_milton-parc-9.09.21.pdf
- BC Housing. (s. d.). Community Acceptance Series and Toolkits. <https://www.bchousing.org/research-centre/library/communityacceptance-series-and-toolkits>.
- Bellot, C., Raffestin, I., Royer, M.-N., Noël, V., en partenariat avec le Réseau d'aide aux personnes seules et itinérantes de Montréal (RAPSIM). (2005). Judiciarisation et criminalisation des populations itinérantes à Montréal. Rapport de recherche pour le Secrétariat national des sans-abris. <https://www.rondpointdelitinérance.ca/sites/default/files/attachments-fr/3eti2wov.pdf>
- Chouinard, M.-A. (2018, 10 juillet). Itinérance : enfin dans ma cour Le Devoir. <https://www.ledevoir.com/opinion/editoriaux/532078/itinérance-enfin-dans-ma-cour>
- Connelly, Joy. (2005). Yes, in my backyard: a guide for Ontario's supportive housing providers. Home Coming Community Choice Coalition.
- Conseil du patrimoine culturel du Québec. (2019). Plan de conservation du site patrimonial du Vieux-Québec. Rapport de consultation. <https://cpq.gouv.qc.ca/app/uploads/2021/04/Rapport-de-consultation-Vieux-Quebec.pdf>
- Dansereau, F., Charbonneau, S., Morin, R., Revillard, A., Rose, D., et Séguin, A.-M. (2002). La mixité sociale en habitation. Institut national de la recherche scientifique (INRS) – Centre Urbanisation, culture et société, Montréal. <https://espace.inrs.ca/id/eprint/4952>
- Dovey, K., (1985). Home and Homelessness: Introduction. Dans I. Altman et C.M. Werner (Dir.), Home environments. Human Behavior and Environment: Advances in Theory and Research, 8, 33–64.
- Gildener, D. (2021, 8 juillet). Une équipe de médiation pour favoriser la cohabitation sociale. Journal Metro. <https://journalmetro.com/local/le-plateau-mont-royal/2665862/equipe-mediation-favoriser-cohabitation-sociale/>
- Grimard, C. (2022). Introduction à Community First. Séminaire de recherche du Community First. Comment exister dans l'espace sans ancrage au logement?, CREMIS, Montréal, QC, Canada.
- Iveson, K. (1998). Putting the Public Back into Public Space. Urban Policy and Research, 16(1), 21–33. <https://doi.org/10.1080/08111149808727745>
- Labbé, J. (2021, 12 janvier). Le paysage s'apprête à changer près de la Place Émilie-Gamelin. Radio-Canada. <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1762691/projet-immobilier-monde-demolition-ccu-ville-marie>
- Laberge, D. et Roy, S. (2001). Pour être, il faut être quelque part : la domiciliation comme condition d'accès à l'espace public. Sociologie et sociétés, 33(2), 115-131. <https://doi.org/10.7202/008314ar>
- Leblanc, C. (2021). Réflexions sur les personnes qui vivent dans la rue sans avoir recours aux refuges. Dans C. Grimard, P-B Côté et S.-A. MacDonald (Dir.), L'itinérance en bref : mieux comprendre le passage à la rue (p.28-31). Livre électronique issu du colloque « L'itinérance en quelques minutes », tenu dans le cadre du 88e congrès de l'ACFAS le 6 mai 2021. https://api.cremis.ca/wp-content/uploads/2021/05/Ebook_itinerance_en_bref_1.pdf
- Leroux, N. (2008). Qu'est-ce qu'habiter ? VST – Vie sociale et traitements, 97(1), 14-25. <https://doi.org/10.3917/vst.097.0014>
- Meda, J. B. (2009). How Urban Planning Instruments Can Contribute in the Fight against Homelessness. An International Overview of Inclusionary Housing. European Journal of Homelessness, 3, 155–177. <https://www.feantsaresearch.org/download/feantsa-ejh2009-article-64990301545660724506.pdf>.
- Molony, S.L. (2010). The Meaning of Home: A Qualitative Metasynthesis. Research in Gerontological Nursing, 3(4), 291–307. <https://doi.org/10.3928/19404921-20100302-02>
- Moser, G. (2009). Quality of life and sustainability: Toward person-environment congruity. Journal of Environmental Psychology, 29 (3), 351–57. <https://doi.org/10.1016/j.jenvp.2009.02.002>
- Oakley, D. (2002). Housing Homeless People: Local Mobilization of Federal Resources to Fight Nimbysim, Journal of Urban Affairs, 24(1), 97–116. <https://doi.org/10.1111/1467-9906.00116>
- Pable, J., McLane, Y., et Trujillo, L. (2022). Homelessness and the built environment: designing for unhoused persons. Routledge.
- Petty, J. (2016). The London Spikes Controversy: Homelessness, Urban Securitization and the Question of Hostile Architecture. International Journal for Crime, Justice and Social Democracy, 5 (1), 67–81. <https://doi.org/10.5204/ijcjsd.v5i1.286>
- Rollings, K.A., et Bollo, C.S. (2021). Permanent Supportive Housing Design Characteristics Associated with the Mental Health of Formerly Homeless Adults in the U.S. and Canada: An Integrative Review. International Journal of Environmental Research and Public Health, 18(18). <https://doi.org/10.3390/ijerph18189588>
- Roy, S. (2013). Histoire politique de la question itinérante au Québec. Dans P. Pichon (Dir.), SDF, sans-abri, itinérant. Oser la comparaison, p. 25-41. Presses universitaires de Louvain.
- Teisoceira-Lessard, P. (2023, 3 juin). Une locataire face à un promoteur. La Presse. <https://www.lapresse.ca/actualites/grand-montreal/2023-06-03/projet-immobilier-a-la-place-emilie-gamelin/une-locataire-face-a-un-promoteur.php#>
- Vassart, S. (2006). Habiter. Pensée plurielle, 12(2), 9-19. <https://doi.org/10.3917/pp.012.09>
- Whiteford, M. (2011). Square Pegs, Round Holes: Rough Sleeping and Service User Involvement? Practice, 23(1), 45–58. <https://doi.org/10.1080/09503153.2010.532547>
- Zukin, S. (1995). The Cultures of Cities. Blackwell.

Potentiels et enjeux éthiques d'ateliers universitaires
de design participatif

Enseigner la conception avec des populations marginalisées

REGARDS

Olivier Vallerand
École de design, Faculté de l'aménagement, Université de Montréal
Membre du CREMIS



Crédit: Charlie Solorzano

De nombreuses initiatives étudiantes récentes montrent que les étudiant-es en design et en architecture réclament une meilleure intégration de la diversité des expériences humaines à l'enseignement qui leur est offert, traditionnellement axé sur des aspects techniques ou stylistiques. L'enseignement actuel de l'architecture et du design repose sur l'idée que la pratique professionnelle doit être basée sur des connaissances théoriques, et construit son cursus autour de l'atelier, comme une colonne vertébrale liant l'ensemble des cours. La réalisation de projets de conception complets est ainsi perçue comme étant le moment optimal permettant de synthétiser les connaissances techniques et théoriques apprises.

Néanmoins, certains biais orientent les savoirs théoriques discutés et les préoccupations prioritaires en ateliers. Par exemple, les approches inclusives sont souvent comprises comme quelque chose d'important, mais pouvant être étudié en dehors des projets d'ateliers, où la compréhension soi-disant complète du design est supposée être atteinte. Ainsi, les initiatives liées à l'inclusion se limitent souvent à l'ajustement des cours d'histoire et de théorie, par exemple afin de mieux représenter la diversité raciale et de genre des personnes pratiquant le design et l'architecture, ou à la révision des pratiques telles que la sélection des personnes invitées à donner des conférences. Bien que cela soit certainement important et réponde en partie à de nombreuses critiques exprimées au cours des dernières décennies (Anthony, 2002; Dutton, 1991; Groat et Ahrentzen, 1996; Gürel et Anthony, 2006; Zipf, 2016), on peut avoir l'impression que les questions de diversité et d'inclusion peuvent être mises dans leur propre petite boîte, en dehors de l'aspect « le plus important » de l'enseignement du design : le projet d'atelier.

Comment réintégrer ces questions, d'une manière à la fois explicite quant à ses objectifs et suffisamment large pour qu'une diversité de personnes — y compris celles qui ne s'y intéressent pas — apprennent de l'expérience? S'inspirant d'autres éducateurs-trices qui ont cherché à explorer le rôle que peuvent jouer les ateliers dans la mise en lumière des préjugés raciaux et sexistes dans les professions du design ainsi que dans l'exploration du rôle des designers comme agent-es de changement (Bell, 2015; Lange et Scott, 2017), cet article présente l'intégration de pédagogies inclusives à une série d'ateliers de design développés en collaboration avec différents organismes de soutien aux personnes en situation d'itinérance. Les réflexions présentées reposent sur des observations d'interactions en classe et sur des retours d'information obtenus par le biais de questionnaires et de discussions en classe avec les 34 étudiant-es ayant participé aux ateliers. La réflexion s'appuie aussi sur des entretiens réalisés avec quatorze éducateurs-trices en design et architecture ayant développé des approches queers et féministes dans leur enseignement.

Explorations

Ancré dans une tradition de formation d'apprenti, l'atelier en architecture ou en design d'intérieur est une forme d'enseignement où un groupe d'étudiant-es, généralement une quinzaine, travaille en classe sur un projet de conception pendant 5 à 10 heures par semaine, avec un suivi individualisé assuré par l'enseignant-e. À quelques reprises pendant la session, des présentations de projet ont lieu devant un jury de professionnel-les invité-es. L'approche pédagogique reproduit ainsi le modèle d'une pratique traditionnelle d'architecture où un-e concepteur-trice principal-e supervise une équipe. Avec le temps, les ateliers ont évolué vers deux grandes formules : l'atelier « pratique », souvent autour d'une typologie (habitation, institutionnel, etc.) ou d'un apprentissage technique (par exemple l'intégration de stratégies liées au développement durable), et l'atelier « de recherche », intégrant une réflexion critique plus poussée sur la pratique ou les contextes d'intervention. Alors que les ateliers pratiques sont habituellement obligatoires dans le cursus, les ateliers de recherche sont souvent optionnels ou offerts au choix parmi une série de thématiques, permettant aux étudiant-es — et aux enseignant-es encadrant ces ateliers — d'explorer des sujets les intéressant particulièrement. Dans la plupart des cas, quel que soit le type d'atelier, le projet proposé par l'enseignant-e est un projet fictif rejoignant ses intérêts de recherche ou s'inscrivant dans les objectifs du programme. L'enseignant-e agit ainsi à la fois comme client-e et comme évaluateur-trice du projet, maintenant une cohérence entre les différentes demandes faites aux étudiant-es. Cette cohérence ne reflète cependant pas les demandes contradictoires qui marquent les projets réalisés dans la pratique professionnelle.

Lors de mon embauche comme professeur, on m'a offert de développer un atelier pour des étudiant-es terminant une année préparatoire à des études supérieures en architecture d'intérieur. Cet atelier m'offrait



Crédit: Nick

REGARDS

l'opportunité de mobiliser mes recherches précédentes sur les pédagogies féministes et queers en design et architecture¹ où j'avais démontré que, pour les éducateurs-trices voulant aborder les questions de genre et de sexualité dans le design, il apparaissait souvent plus facile d'aborder ces questions de manière théorique en cours magistral ou en séminaire que dans l'application pratique en atelier (Vallerand, 2019; 2021). Quelques éducateurs-trices m'avaient alors mentionné avoir essayé d'aborder la diversité dans des ateliers obligatoires — plutôt que de garder de tels thèmes pour des ateliers optionnels — mais avoir souvent fait face à des réactions négatives de la part des étudiant-es. Par exemple, des éducatrices ayant proposé comme projet un refuge pour femmes victimes de violence — un sujet perçu comme « féministe » — ont fait face à des étudiants ayant demandé au directeur du programme de les changer d'atelier, en utilisant des arguments comme le fait qu'ils étaient obligés de travailler sur un « sujet niché » qui n'était pas lié à l'architecture, même si les éducatrices s'évertuaient à souligner qu'il était important d'apprendre à travailler avec une diversité de personnes et qu'il ne serait pas toujours possible de choisir leurs projets professionnels en fonction de ce qui les intéresse personnellement. Bien que ces obstacles rendent certainement difficile la tâche d'intégrer la diversité dans les ateliers de design, cela me semblait une occasion manquée d'ouvrir les discussions sur le genre et la sexualité au-delà des présentations magistrales. Le design et l'architecture visant la création d'environnements sains pour l'ensemble des personnes les utilisant, il m'apparaissait essentiel d'aborder ces questions en atelier obligatoire. Heureusement, contrairement à d'autres enseignant-es, j'avais le soutien de ma direction, qui tenait elle aussi à ce que soient rejoint-es celles et ceux moins enclins à considérer l'importance de ces questions pour leur formation.

« Ce défi de comprendre « l'autre » et de placer les personnes au sommet des priorités de conception, nécessite parfois de mettre les étudiant-es dans des situations auxquelles ils et elles ne sont pas habitués-es. »

Crédit: Jon Tyson



Intrinsèquement et explicitement liée à (un manque d'accès à) une certaine forme d'environnement bâti, l'itinérance me semblait être un point d'entrée approprié pour explorer dans un contexte d'atelier le rôle des architectes et designers dans la création d'environnements inclusifs ou hostiles. Il s'agissait aussi d'une excellente occasion d'amener les étudiant-es à réfléchir aux enjeux éthiques liés à la conception d'environnements pour des populations marginalisées qui ont souvent perdu l'habitude de vivre dans des habitations traditionnelles, et dont la voix n'est que rarement écoutée dans les discussions autour de la conception de l'espace urbain, malgré leur compréhension souvent nuancée de l'occupation de la ville. Le genre, l'orientation sexuelle et l'identité de genre croisant à bien des égards l'itinérance, le projet me permettait d'intégrer à mon enseignement pratique mes recherches précédentes sur ces thèmes. De plus, l'itinérance est aussi une question qui peut rassembler les praticien-nes à toutes les échelles du cadre bâti, du choix d'un quartier à la sélection des matériaux, comme le montre l'intérêt grandissant des praticien-nes du design et des chercheur-ses, par exemple à travers l'approche de la conception tenant compte des traumatismes (Berens, 2015; Dickinson, 2015; Pable et al., 2021).

Jusqu'à maintenant, l'atelier a eu lieu à quatre reprises dans deux universités. Lors de la première itération, les étudiant-es pouvaient se concentrer sur un groupe de personnes en situation d'itinérance de leur choix (par exemple, les femmes, les jeunes ou les personnes âgées). À partir du second atelier, en m'inspirant d'autres expériences pédagogiques de projets de conception-construction ou de *live projects* (Borges et al., 2018; Dodd et al., 2012; Harriss et Widder, 2014), j'ai choisi de m'allier à des partenaires communautaires qui cherchaient de l'aide afin de définir leurs besoins spatiaux futurs et d'estimer ou de recueillir les fonds nécessaires à de nouveaux espaces. La deuxième année, chaque étudiant-e a ainsi conçu un espace pour un groupe communautaire venant en aide aux migrant-es LGBTQ en situation d'itinérance ou récemment arrivé-es dans la région. La troisième année, nous avons collaboré avec une organisation travaillant avec des personnes de 55 ans et plus en

situation d'itinérance, pour concevoir un nouveau centre de jour. Les étudiant-es pouvaient également décider d'explorer comment le même espace serait conçu pour un autre groupe de personnes en situation d'itinérance. Lors de la quatrième itération, les étudiantes devaient se concentrer sur un espace de leur choix à l'intérieur d'un organisme offrant un hébergement de courte durée à des jeunes en situation d'itinérance ou de précarité résidentielle. La collaboration avec des organismes permet ainsi d'ancrer le travail des étudiant-es dans des besoins réels, identifiés lors de discussions avec des intervenant-es et des personnes utilisant leurs services, et de les engager dans une réflexion sur l'éthique des projets réalisés avec des organismes communautaires ou des populations marginalisées. En tenant compte des ressources financières et humaines limitées des organismes, les étudiant-es doivent réfléchir aux défis, à la fois éthiques et esthétiques, de concevoir des projets pour de vraies personnes.

Apprentissages et défis

Les projets d'atelier en architecture et design d'intérieur sont habituellement évalués par un jury de professionnel-les. Dans ce cas-ci, les étudiant-es présentent plutôt leur travail dans un format basé sur une discussion collaborative avec des représentant-es des organismes (administrateur-s-trices, intervenant-es et participant-es) et des professionnel-les de l'aménagement ayant déjà de l'expérience en conception pour les personnes en situation d'itinérance, afin de profiter de connaissances expérientielles dans l'évaluation et l'amélioration des projets. De manière similaire à l'expérience d'autres éducateur-s-trices (Martin et Casault, 2005), le format participatif de l'atelier suscite parfois de l'anxiété chez les étudiant-es qui, bien qu'ils et elles n'aient pas encore achevé leurs études, sont déjà bien conscient-es des traditions pédagogiques accordant de l'importance à l'avis des juré-es invité-es. Ces juré-es sont des professionnel-les, mais n'ont pas nécessairement une expérience directe avec les populations qui utiliseront les projets, ce qui amène souvent une priorisation de l'esthétique et des attendus fonctionnels, basés sur des préconceptions, plutôt que sur des recherches et discussions avec les

personnes qui utiliseront l'espace. Plusieurs étudiant-es expriment explicitement leur crainte selon laquelle, en écoutant trop attentivement les besoins et les préférences exprimés par les participant-es ou intervenant-es, ils et elles obtiennent une note inférieure, basée sur de moins bons commentaires de membres du jury. Le travail de l'enseignant-e devient donc ici un travail de déconstruction des attentes liées au projet de design, et de remise en question des normes de la profession.

Pour les éducateurs-trices souhaitant mettre la responsabilité éthique au premier plan des exercices en atelier, il devient ainsi nécessaire de travailler constamment avec les étudiant-es à une réflexion sur les défis éthiques liés à l'intégration au processus de conception des personnes qui utiliseront l'espace. Ce défi de comprendre « l'autre » et de placer les personnes au sommet des priorités de conception, comme partie intégrante de la conception plutôt que comme préoccupation s'ajoutant à la fin du processus, nécessite parfois de mettre les étudiant-es dans des situations auxquelles ils et elles ne sont pas habitués-es.

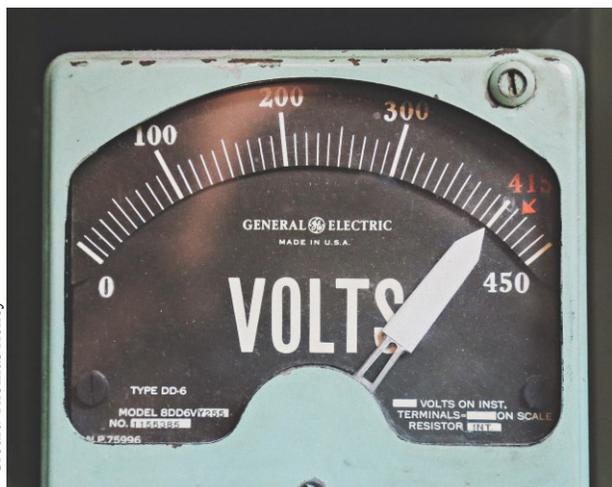
Dans le cas précis de cet atelier, les étudiant-es ont presque unanimement salué les visites aux organismes avec lesquels nous travaillions comme des expériences devenues essentielles à leur processus de conception. « Notre visite [de l'organisme] et la rencontre avec les jeunes et les intervenants ont été des moments forts de ce trimestre, et certainement aussi de notre vie de designers. En effet, nous sommes allés bien au-delà de nos habitudes et des projets fictionnels. », mentionne ainsi une étudiante. Ils et elles ont identifié un « avant » et un « après » dans leur façon de penser au projet, en partie parce qu'ils et elles en savaient peu sur l'itinérance avant, ou avaient des idées non fondées sur les espaces pour les personnes en situation d'itinérance, mais aussi et surtout en raison de la réaction émotionnelle que beaucoup d'entre elles et eux ont eue lors de rencontres avec des personnes en situation d'itinérance. Les étudiant-es ont été impressionnés-es par la résilience de ce public, mais aussi par leur profonde compréhension de l'environnement bâti et de l'impact de ces espaces sur leur vie.

Si, dans un premier temps, les étudiant-es ont compris la visite comme « juste une autre » visite de site, ils et elles ont ensuite souligné que le fait d'observer de « vraies personnes » interagir avec l'environnement bâti et de discuter avec elles leur offrait une idée plus précise non seulement des destinataires de leurs travaux de conception, mais aussi de l'importance de prendre en compte leurs besoins et leurs préférences esthétiques pour favoriser la création d'environnements plus confortables et apaisants.

De plus, les étudiant-es ont déclaré avoir été surpris-es par la connaissance et la compréhension approfondies que de nombreux administrateurs-trices et intervenant-es avaient du design en tant qu'outil de guérison et de l'impact des réglementations de construction sur l'accès des personnes aux espaces résidentiels, mais aussi des liens entre les différentes disciplines. « En échangeant avec les intervenants de [l'organisme], nous avons réalisé que nos métiers avaient des points communs, notamment avec l'empathie et la volonté d'améliorer le quotidien des jeunes », souligne une étudiante. « Cette expérience nous a fait réaliser l'importance de se mettre à la place des usagers, d'entrer en contact avec eux, d'entrer en contact avec leur quotidien pour pouvoir proposer des solutions plus efficaces, plus humaines. »².

Outre les partenariats communautaires, l'atelier a également offert une opportunité d'échanges et d'apprentissages au sein de l'université : des professeur-es de travail social et de santé publique ont par exemple été invité-es à partager des recherches sur l'itinérance et à participer à des présentations de projets. Ces échanges permettent aux étudiant-es d'être mis-es en contact avec des questionnements autres que ceux issus de l'architecture et du design, amenant un regard critique sur des enjeux sociaux qui sont parfois ignorés par les professionnel-les du design ayant plutôt appris à se concentrer sur des aspects formels ou fonctionnels sur un plan technique. Des échanges avec des étudiant-es de maîtrise ou de doctorat en design et en travail social ont également été intégrés à l'atelier afin, là aussi, de multiplier les points de vue sur l'aménagement de l'environnement bâti³.

En tant qu'éducateur, l'atelier est aussi un défi à différents niveaux. L'un de ces défis consiste à trouver un projet suffisamment complexe pour un niveau d'études supérieures, en attribuant un projet « réel » même s'il peut sembler trop petit pour un cours. Par exemple, pour la troisième itération, l'organisme avec lequel nous nous sommes associé-es ne cherchait initialement que des suggestions pour transformer le salon de leur centre de jour, un tout petit projet d'un point de vue pédagogique. L'exercice de conception est ainsi devenu l'occasion pour les étudiant-es de réfléchir aux besoins exprimés par l'organisme, d'aller au-delà pour suggérer des changements potentiels à plus grande échelle, tout en gardant à l'esprit le besoin initial et les ressources financières de l'organisme.



Crédit: Thomas Kelley

Crédit: Jon Tyson



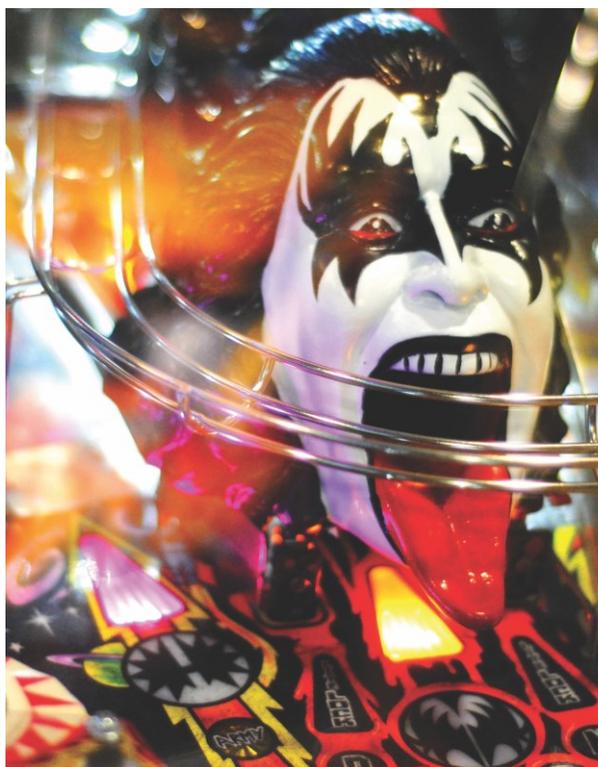
L'équilibre entre les implications éthiques du travail avec les communautés et les besoins pédagogiques d'un programme de design reste toujours délicat : comment est-il possible d'impliquer les partenaires communautaires d'une manière dont ils et elles peuvent tirer profit et qui ne submerge pas leurs ressources déjà limitées, tout en veillant à la formation adéquate des étudiant-es? Si leur implication est trop limitée, les discussions avec les étudiant-es sur l'importance de cet engagement et des démarches participatives peuvent sembler forcées et contradictoires avec l'implication réelle mise en œuvre. En revanche, en considérant que les étudiant-es sont encore en formation et que les projets « livrés » ne pourront donc pas être directement construits, les organismes doivent comprendre les limites de ce à quoi ils peuvent s'attendre. Le caractère plus exploratoire de certaines des propositions peut aussi parfois créer des tensions si les attentes n'ont pas bien été cadrées. De plus, lors de recherches précédentes, d'autres professeurs ont souligné le risque que de tels ateliers ou d'autres services pro bono dévaluent aux yeux des client-es le travail de conception, en offrant des services gratuits sans bien expliquer le caractère inhabituel de l'expérience. Pour éviter cela, des discussions autour des limites du contexte universitaire doivent être maintenues ouvertes tout au long du projet, tant avec les partenaires qu'avec les étudiant-es. Les différentes itérations de l'atelier ont d'ailleurs été marquées par ce défi, amplifié par les interruptions de processus liés à la pandémie de COVID-19. Ainsi, seule la dernière itération a été pleinement réussie du point de vue de la réponse aux attentes de l'organisme, qui a d'ailleurs recommandé l'expérience à plusieurs autres organismes.

Conciliations

Les commentaires des étudiant-es mettent en évidence les opportunités et les défis d'ateliers engagés dans la communauté. L'aspect « problèmes du monde réel » de l'atelier semble intéresser particulièrement les étudiant-es des cycles supérieurs ayant précédemment étudié dans des disciplines autres que le design, telles que le travail social et la politique, mais presque tous-tes saluent l'opportunité de réfléchir à l'impact que leurs propositions pourraient avoir sur les gens, un élément moins développé lorsque les ateliers se concentrent sur des projets fictifs. Plusieurs étudiantes émettent d'ailleurs le souhait d'être familiarisé-es avec de telles approches participatives plus tôt dans leur parcours universitaire, le désir de travailler encore plus activement avec les organismes, ou de continuer le projet au-delà de l'atelier. Travailler avec des organismes communautaires et rencontrer les personnes qui utiliseront potentiellement les environnements conçus pose cependant des défis aux étudiant-es. Poussé-es à développer une humilité dans la réflexion sur leur expertise, ils et elles ont parfois eu de la difficulté à concilier l'orientation éthique de cet atelier avec les priorités esthétiques explorées dans d'autres cours.

Les questions soulevées pendant l'atelier soulignent l'importance de l'éthique dans le processus de conception et, par extension, dans l'enseignement du design. Je ne suis évidemment pas le premier à exprimer l'importance d'une pratique éthique du design et de l'architecture (Fisher, 2015), mais la question, tout comme celle de la relation entre enjeux sociaux et environnement bâti, semble malheureusement disparaître cycliquement dans les discours autour du design et de l'architecture. Alors que la conscience publique se penche à nouveau sur ces sujets ces dernières années, la diversité et l'inclusion semblent enfin prendre une place plus importante dans les discussions autour de l'environnement bâti, mais nous devons rester prudent-es quant à la manière dont ces discussions sont menées. Dans l'atelier présenté ici, l'un des thèmes les plus importants abordés avec les étudiant-es est la réflexion sur les raisons pour lesquelles nous faisons ce que nous faisons. Pourquoi parlons-nous (ou pas) de diversité et d'inclusion dans le design? Pourquoi prenons-nous certaines décisions? Pour qui prenons-nous ces décisions? Dans les réponses des étudiant-es à ces questions, j'entends souvent une compréhension profonde et critique de l'impact de leur future profession... mais aussi des limites de celle-ci, liées entre autres à l'importance que joue l'environnement bâti dans la société. Je les entends très rarement exprimer naïvement qu'ils et elles vont changer le monde à travers leurs projets. Ce que j'entends plutôt, c'est une compréhension du mal que certains environnements créent et un désir de faire attention à ne pas répéter certaines de ces erreurs.

Et surtout, j'entends que les étudiant-es croient que les éducateurs-trices devraient — et peuvent — faire plus pour les amener à réfléchir à ces questions. Ils et elles nous mettent au défi de leur demander dès leur premier jour d'apprentissage du design comment ils et elles peuvent créer des espaces plus inclusifs, nous exhortent à leur présenter des exemples du passé et d'aujourd'hui dans lesquels ils et elles se reconnaissent, et nous invitent à faire écho à l'interdisciplinarité des meilleur-es praticien-nes travaillant aujourd'hui, en intégrant des professionnel-les et des universitaires d'autres disciplines dans notre enseignement. L'expérience présentée dans cet article donne, je l'espère, des pistes qui soulignent cette importance d'intégrer l'éthique aux enseignements pratiques en design et de stimuler la créativité des étudiant-es, non seulement par des commandes axées sur une vision prospective, mais aussi par un ancrage dans des situations existantes et par une compréhension des communautés dans lesquelles ils et elles auront à intervenir. En choisissant avec attention les organismes avec lesquels travailler et en étant transparent-e sur les objectifs, tant avec les organismes qu'avec les étudiant-es, il devient possible d'intégrer à la réalisation de projets esthétiquement intéressants le développement de compétences, tant dans les aspects techniques, que dans les processus de conception participative. Finalement, afin de maximiser l'impact de tels ateliers tout en travaillant avec les contraintes du calendrier universitaire, des projets qui s'inscrivent dans des démarches de collaboration continue avec les organismes permettent de développer les propositions des étudiant-es au-delà des idées, vers des changements concrets dans les locaux des organismes et dans l'environnement urbain.



Crédit: Nik



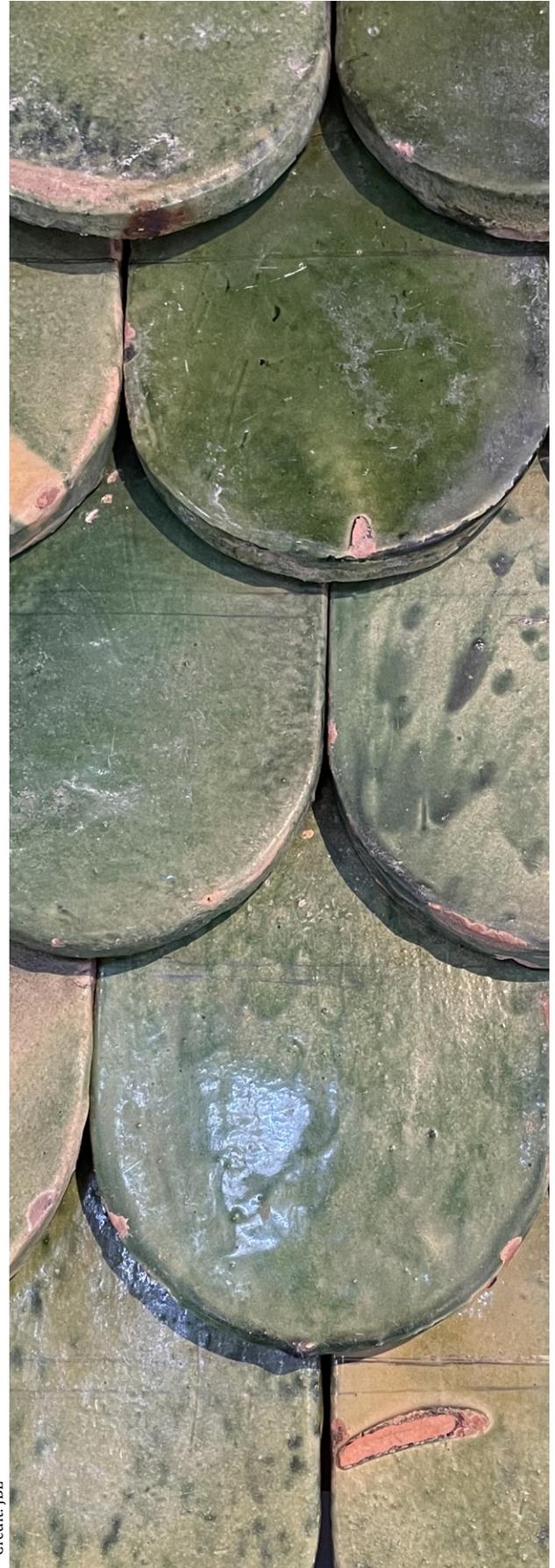
Crédit: Mark Harpur

Notes

1. Différentes stratégies sont mobilisées dans les pédagogies queers et féministes en design, entre autres la mise en valeur des contributions des concepteurs-trices femmes ou queers, la remise en question des idéologies normatives soutenant tant les méthodes pédagogiques en design que les principes de composition, l'exploration de l'impact des identifications personnelles et collectives sur l'expérience de l'environnement bâti, ou l'intégration de l'enseignement à des actions concrètes en dehors du milieu universitaire. En plus de mes travaux, voir aussi Black et Chherawala (2017), *HANDBOOK: Supporting queer and trans students in art and design education*.
2. Aussi importantes que soient ces visites, elles apportent également des défis importants. Alors que certains organismes considèrent l'interaction entre les visiteurs-euses — tel-les que les étudiant-es en design — et les personnes avec lesquelles ils travaillent comme contribuant à leur mission de créer de meilleures relations entre les personnes en situation d'itinérance et les autres, d'autres organismes souhaitent protéger la vie privée des personnes qu'ils servent et sont prêt à partager le travail qu'ils font, mais sans créer le lien émotionnel que l'interaction directe apporte. C'est le plus souvent le cas des organismes œuvrant auprès des jeunes, car ils souhaitent que ces derniers-ères puissent reprendre en main leur vie une fois sorti-es de l'itinérance, sans garder trace de leur vie passée « dans la rue ».
3. Lors des deux premières itérations de l'atelier, des étudiant-es du premier cycle en design d'intérieur travaillaient également sur le thème de l'itinérance dans un atelier parallèle, sans toutefois s'engager directement auprès d'un organisme communautaire. Des opportunités ont été créées pour favoriser l'interaction entre les étudiant-es, pour partager les connaissances et comparer les résultats. Par exemple, les étudiant-es du deuxième cycle ont passé les premières semaines à faire des recherches approfondies sur l'itinérance qu'ils et elles ont ensuite partagées avec les étudiant-es de premier cycle, tandis que les étudiant-es de premier cycle ont exploré la relation entre le corps et les matériaux dans de petits espaces. Avec des étudiant-es de deuxième cycles issu-es de milieux autres que le design, ce fut également l'occasion d'échanger des connaissances d'autres disciplines avec des étudiant-es de premier cycle, dont la plupart n'avaient qu'une expérience universitaire en design. En déménageant dans une autre université pour la troisième itération du projet, la collaboration avec les ateliers de premier cycle n'a pas pu être poursuivie, mais je travaille actuellement avec des collègues sur une nouvelle itération qui verrait des étudiant-es des cycles supérieurs en design d'intérieur collaborer avec des étudiant-es en architecture, en soins infirmiers et en santé publique.

Références

- Anthony, K. H. (2002). Designing for diversity: implications for architectural education in the twenty-first century. *Journal of Architectural Education*, 55(4), 257-267. <https://doi.org/10.1162/104648802753657969>
- Bell, C. J. (dir.). (2015). *Space unveiled: invisible cultures in the design studio*. Routledge.
- Berens, M. J. (2015). *A review of research: designing the built environment for recovery from homelessness*. <http://designresourcesforhomelessness.org/wp-content/uploads/2015/11/OrientationReport.pdf>
- Black, A. et Chherawala, S. (dir.). (2017). *HANDBOOK: Supporting queer and trans students in art and design education*. OCAD University.
- Borges, S., Mitchell, R. S. et MADWORKSHOP (dir.). (2018). *Give me shelter: architecture takes on the homeless crisis*. ORO Editions.
- Dickinson, J. I. (2015). Changing student beliefs about poverty, homelessness, and community service: results from interior design project interventions. *Journal of Interior Design*, 40(1), 19-40. <https://doi.org/10.1111/joid.12037>
- Dodd, M., Harrisson, F. et Charlesworth, E. (dir.). (2012). *Live projects: designing with people*. RMIT University Press.
- Dutton, T. A. (dir.). (1991). *Voices in architectural education: cultural politics and pedagogy*. Bergin and Garvey.
- Fisher, T. (2015). Professional responsibility and ethics. Dans L. Abendroth et B. Bell (dir.), *Public interest design practice guidebook: SEED methodology, case studies, and critical issues* (p. 35-44). Routledge.
- Groat, L. N. et Ahrentzen, S. (1996). Reconceptualizing architectural education for a more diverse future. *Journal of Architectural Education*, 49(3), 166-183. <https://doi.org/10.2307/1425326>
- Gürel, M. Ö. et Anthony, K. H. (2006). The canon and the void: gender, race, and the architectural history texts. *Journal of Architectural Education*, 59(3), 66-76. <https://doi.org/10.1111/j.1531-314X.2006.00036.x>
- Harriss, H. et Widder, L. (2014). *Architecture live projects: pedagogy into practice*. Routledge.
- Lange, T. et Scott, E. E. (2017). Making trouble to stay with: architecture and feminist pedagogies. *field: a free journal for architecture*, 7(1), 89-99.
- Martin, T. et Casault, A. (2005). Thinking the Other. *Journal of Architectural Education*, 59(1), 3-16. <https://doi.org/10.1111/j.1531-314X.2005.00001.x>
- Pable, J., McLane, Y. et Trujillo, L. (2021). *Homelessness and the built environment: designing for unhoused persons*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780429279027>
- Vallerand, O. (2019). Learning from... (or "the need for queer pedagogies of space"). *Interiors: Design | Architecture | Culture*, 9(2), 140-156. <https://doi.org/10.1080/20419112.2019.1565175>
- Vallerand, O. (2021). Beyond design education: queering pedagogies of space. Dans J. Berry, T. Moore, N. Kalms et G. Bawden (dir.), *Contentious cities: design and the gendered production of space* (p. 194-203). Routledge.
- Zipf, C. W. (2016). Surveys, seminars, and starchitects: gender studies and architectural history pedagogy in American architectural education. Dans J. B. Brown, H. Harriss, R. Morrow et J. Soane (dir.), *A Gendered Profession* (p. 200-208). RIBA Publishing.



Crédit: JBL

Faire avec?

DOSSIER



Créativité et alliance thérapeutique

Un nouveau levier pour agir sur les inégalités sociales de santé?

« On est dans une position de contrôleurs malgré nous »

Crédit: JBL

Des pratiques à mettre en lumière pour mieux saisir l'accompagnement social en itinérance dans le milieu institutionnel

Créativité et alliance thérapeutique

Judith Sigouin
Étudiante au doctorat
École de travail social, Université de Montréal

DOSSIER



Crédit: Nathan Dumilao

Quelle que soit la manière dont on aborde la profession du travail social, l'aspect relationnel en est un élément incontournable (Alexander et Charles, 2009; Pouteyo, 2012). Ceci apparaît d'autant plus vrai dans un contexte d'intervention auprès de personnes en situation d'itinérance. En effet, l'itinérance est conçue comme un phénomène complexe et multifactoriel (Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), 2022; Bergheul, 2015) qui serait entre autres provoqué par des ruptures relationnelles (Poirier et al., 2000; Echenberg et Jensen, 2009). Ces ruptures relationnelles sont à comprendre tant à un niveau micro-sociologique, comme une séparation, un deuil, ou une fuite du domicile, que macrosociologique, par la stigmatisation, l'exclusion et la désaffiliation sociale que l'itinérance sous-tend (Poirier et al., 2000; MacDonald et al., 2020). Plusieurs recherches soulignent le rôle bénéfique que peut jouer une relation solide et mutuelle avec les intervenant-es sur ces ruptures et leurs possibles effets (Alexander, 2013; Hurtubise et al., 2020).

Cet article présente des réflexions issues à la fois de ma pratique professionnelle des dix dernières années en tant que travailleuse sociale dans le Réseau de la santé et des services sociaux du Québec (RSSS) auprès de personnes vivant une situation d'itinérance¹, et d'une revue de la littérature réalisée dans le cadre de ma recherche doctorale encore en cours². Ma recherche explorant la relation entre les travailleurs-es sociaux-ales et les usagers-ères sous l'angle de l'alliance thérapeutique³, j'ai également recensé les écrits entourant cette notion.

Si l'alliance thérapeutique était auparavant l'apanage de la psychologie, sa pertinence dans la pratique du travail social fait maintenant consensus et de plus en plus d'études démontrent que le niveau de qualité de cette alliance est l'un des plus importants prédicteurs de l'atteinte avec succès des objectifs déterminés en suivi, et ce, peu importe la discipline d'intervention (Bordin, 1994; Alexander, 2013).



Crédit: Julia Joppjen

Alliance thérapeutique

Selon le récent *Guide des bonnes pratiques pour l'accompagnement social en itinérance*, co-rédigé par Hurtubise et al. (2020), l'intervenant-e doit « créer un "espace relationnel" où la personne se sent accueillie, respectée, en confiance et sait qu'elle conserve toute son autonomie » (Hurtubise et al., 2020, p.4), afin de « contribuer à réparer les relations d'exclusion dans lesquelles se sont longtemps inscrites les personnes desservies » (Hurtubise et Rose, 2013, 262). Travailler en « collaboration avec la personne » et adopter une attitude qui soit authentique et transparente s'avèrent des outils précieux pour bâtir cette relation significative (Hurtubise et al., 2020, p.2).

Cet espace relationnel nous amène à la notion d'alliance thérapeutique, qui comporte deux aspects centraux : la collaboration dans un rapport mutuel et l'attachement interpersonnel entre le ou la professionnel-le et la personne accompagnée (Hervé et al., 2008). La dimension mutuelle de ce rapport mérite qu'on s'y attarde, à la fois parce qu'elle constitue l'alliance thérapeutique, mais aussi parce qu'elle la favorise. Selon Sennet (2003), contrairement au don qui se fait sans aucune attente en retour, la notion de mutualité implique un échange. Cet échange permet de valoriser la différence et l'expérience singulière des personnes impliquées et de reconnaître leur autonomie, c'est-à-dire la reconnaissance de l'autre comme étant « non-moi » et comme ayant une « vitalité et une réalité qui lui est propre » (Winnicott, 1975, p.34). En d'autres termes, il s'agit de donner à chacune des personnes impliquées un certain pouvoir sur l'échange qui se crée entre elles, dans une relation mutuelle et asymétrique, plutôt qu'inégale.

Il y a aussi une dimension indéniablement affective dans l'alliance thérapeutique de par l'autre élément la composant, l'attachement interpersonnel, qui se fonde sur « la confiance, la sollicitude et l'engagement » et « couvre l'extension selon laquelle l'intervenant devient une personne significative et un objet chargé d'émotions pour le client, et le fait que le client sent que l'intervenant s'engage et se préoccupe de lui » (Baillargeon et Puskas, 2013, p.4).

Toutefois, la littérature soulève plusieurs obstacles à l'établissement de l'alliance thérapeutique et à la mutualité dans cette relation (Alexander, 2013; Hughes, 2017; Côté et al., 2020), dont j'ai également pu être témoin au cours de ma pratique professionnelle dans le RSSS, auprès de personnes ayant vécu une situation d'itinérance.

Rigidités institutionnelles

D'emblée, force est d'admettre que de créer un lien de confiance avec des personnes qui ont été marginalisées, stigmatisées, et ont vécu des ruptures à de multiples niveaux, n'est souvent pas chose simple. Thorpe (2018) souligne d'ailleurs qu'une identité stigmatisée « peut conduire les individus à s'auto-exclure de certaines relations ou situations, en cherchant à minimiser et à gérer les dommages causés à leur identité et à leur personnalité⁴ » (p.67). En ce sens, l'attachement interpersonnel entre le ou la professionnel-le et la personne suivie (« *the bond* », selon Bordin, 1983, p.36), notamment, peut être difficile à instaurer lorsque cette dernière a dû faire face à ces nombreuses ruptures par le passé. Cet attachement vient confronter la vision classique de l'intervention, fondée sur l'objectivité clinique et la distance professionnelle (Alexander, 2013), et soulève la question de la place des émotions dans la création de l'alliance thérapeutique, une notion encore marginale dans le vocabulaire du travail social (Grimard et al., 2021). Tel que le soulèvent Alexander et Charles (2009, p.7), selon plusieurs auteurs-trices, encourager la place des émotions en intervention pourrait favoriser une « relation double » (par exemple, une relation à la fois professionnelle et amicale). Parmi ces auteurs-trices, certain-es voient cela comme bénéfique pour une prise de décision concertée entre travailleur-euse sociale et personne suivie, permettant également de normaliser et d'humaniser la relation. D'autres, au contraire, mettent l'accent sur les risques que comporte l'assouplissement des limites du rapport professionnel, ouvrant la porte à de possibles abus dans la relation toujours inégale entre intervenant-es et personne suivie (Alexander et Charles, 2009, p.7). Par ailleurs, comment arrimer, d'une part, la mutualité dans la relation et, d'autre part, la reconnaissance du savoir

DOSSIER

« il s'agit de donner à chacune des personnes impliquées un certain pouvoir sur l'échange qui se crée entre elles, dans une relation mutuelle et asymétrique, plutôt qu'inégale »

Credit: Gemma Chua Tran



de l'expert-e que l'on vient consulter pour une raison précise et afin « de rassurer, de calmer les incertitudes, de faire disparaître les ambivalences » (Parazelli, 2015, p.35)? À cela, s'ajoutent les transformations que connaît le RSSS depuis les années 2000, avec la mise en place de la Nouvelle gestion publique. Celle-ci a des impacts considérables sur la relation entre professionnel-les et usagers-ères et, par conséquent, sur l'établissement de l'alliance thérapeutique. Ce modèle de gestion étatique, centré sur l'efficacité des services, vise la rentabilité des interventions (Bourque, 2009). Il met de l'avant « les approches médicale et administrative au détriment de l'élément essentiel de toute intervention, soit la relation entre le professionnel et l'utilisateur » (Bourque, 2009, p.10). En ayant pour objectif le rendement statistique et le roulement des usagers-ères, ce modèle ne favoriserait donc pas la création d'une relation profonde entre travailleurs-euses sociaux-ales et usagers-ères (Hugh, 2017), mais plutôt des services qui ciblent des besoins à court terme et qui ne considèrent pas la personne suivie dans sa globalité (Côté, 2012; Ruch, 2012).

Plusieurs tensions émergent de ce contexte de pratique, et sont ressenties par les travailleurs-euses sociaux-ales et les personnes en situation d'itinérance. D'une part, les professionnel-les expriment un sentiment d'être dépossédés-es de leur pratique, un désenchantement, voire une « crise identitaire professionnelle » (Bourque et al., 2019; Parazelli, 2015; Creux, 2006), leur travail devenant impersonnel et instrumental (Hugh, 2017). D'autre part, cette manière de classer, voire d'étiqueter les usagers-ères dans une optique d'efficacité donne aux institutions de soins un rôle d'ancrage de l'identité marginale et de la dépendance aux services des personnes qui vivent de l'itinérance, plutôt qu'un rôle de support à leur intégration sociale (Doucet, 2013; Zwick et Grimard, 2016).

La créativité pour naviguer

Dans ce contexte, qui ne favorise pas toujours l'autonomie de l'intervenant-e et de la personne suivie⁵, et par conséquent l'instauration d'un rapport d'échange mutuel dans le cadre d'une alliance thérapeutique, les acteurs-trices doivent faire preuve de créativité (Côté et al., 2020). Tout en me référant à la littérature, je me rapprocherai ici de ma posture d'intervenante pour parler de cette créativité comme un moyen possible pour les intervenant-es de naviguer dans le cadre proposé par le réseau de la santé, tout en permettant la valorisation de l'attachement unique qui se tisse entre travailleur-euse social-e et personne en situation d'itinérance.

La notion de créativité est complexe. La définition proposée par Winnicott (1975) fait référence à de multiples pratiques, et la considère comme « la coloration de toute attitude face à la réalité extérieure » (p.27). Ce « monde créatif » donne à la personne « le sentiment que la vie vaut la peine d'être vécue; ce qui s'oppose à un tel mode de perception, c'est la relation de complaisance soumise envers la réalité extérieure » (1975, p.27). En adoptant une posture créative, en singularisant leurs pratiques et modes d'intervention, les intervenant-es réagissent donc à leur sentiment de perte d'autonomie et s'y opposent en se distanciant volontairement de certaines normes imposées.

Un des premiers éléments mis de l'avant par les intervenant-es dans leur effort pour créer des liens avec les usagers-ères, est de laisser plus de place aux émotions dans la relation professionnelle. La notion de *care* fait en ce sens référence à la fois au soin, comme activité, et au souci de l'autre, comme attitude et disposition (Gonin et al., 2013, p.87). Cette approche postule qu'on ne peut intervenir adéquatement auprès d'autrui sans comprendre profondément son expérience (Hughes, 2017). Adopter des pratiques professionnelles en adéquation avec la notion de *care* apparaît ainsi comme un moyen de défier la Nouvelle gestion publique en se concentrant sur le bien-être des gens plutôt que sur les finances de l'État (FitzGerald, 2020).

Il existe également toutes sortes de pratiques silencieuses, délinquantes, souples, cachées, moins souvent mises en lumière, mais bien présentes dans le travail des intervenant-es (Côté et al., 2020). Ces pratiques visent à contourner les rigidités qui créent une dissonance et un inconfort chez les intervenant-es, pour se rapprocher davantage d'une intervention qui correspond à leurs valeurs profondes de travail. Elles mobilisent les savoirs tacites et expérimentaux des intervenant-es, leurs compétences relationnelles et leurs forces personnelles (Ramirez et Prada, 2007).

Je me permets ici de présenter ma compréhension de ce que sont ces pratiques silencieuses et de les illustrer à travers des exemples tirés de ma pratique. Prenons comme premier exemple le travail de proximité. Cette forme de pratique, aussi appelée *outreach*, consiste à aller vers les personnes pour les rencontrer

dans leurs milieux de vie, plutôt qu'au sein des institutions de services, et de s'ajuster à leurs contextes de vie plutôt que de leur demander de s'adapter au cadre des établissements de soin (Denoncourt et al., 2000).

Si le travail de proximité est une pratique à la fois de plus en plus valorisée auprès de différentes communautés desservies par les services, et intégrée au mandat de plusieurs équipes d'intervention en itinérance dans le réseau de la santé (Hurtubise et Babin, 2010), certaines pratiques silencieuses peuvent pousser plus loin, à des fins cliniques et thérapeutiques, cette incursion dans le milieu de vie et le quotidien intime des personnes. Par exemple, l'isolement social d'une personne peut parfois être tel que des animaux de compagnie jouent pour elles le rôle de membre de la famille. Par inquiétude pour ce compagnon de vie, une personne peut alors être très réticente à recevoir des soins de longue durée, comme une hospitalisation ou une thérapie pour une dépendance à une substance, même s'ils s'avèrent parfois nécessaires. Pour éviter que la situation ne se détériore, l'intervenant-e peut alors avoir à se porter garant-e de nourrir les animaux de la personne suivie le temps qu'elle reçoive les soins dont elle a besoin. Les intervenant-es peuvent également aller aider une personne à faire le tri dans ses effets personnels pour désencombrer son logement. Il n'est certainement pas dans la

description de tâches des travailleurs-euses sociaux-ales de faire des boîtes et du tri d'objets, mais dans un contexte où la personne n'a pas accès à un tel service et où cette intervention ponctuelle lui permettrait de ne pas être évincée de chez elle, il n'est pas rare que de telles pratiques audacieuses aient cours, sans qu'on ne les ébruite.

Un autre exemple de pratique, de plus en plus documentée et reconnue, mais qui peut correspondre à des interventions cachées dans de multiples contextes de relation thérapeutique, est celui de l'approche de réduction des méfaits. Essentiellement, celle-ci vise la diminution des conséquences néfastes liées à certains comportements. Cette approche « ne cherche pas d'emblée à réduire ou éliminer » les comportements, mais « prône plutôt une série d'objectifs hiérarchisés visant à régler les problèmes les plus urgents d'abord [...]. Ceci permet de rejoindre les personnes les plus vulnérables et d'établir un lien de confiance qui peut faire toute la différence » (Association des Intervenants en Dépendance du Québec (AIDQ), s.d). Si les services de prescription de méthadone, notamment, semblent maintenant bien intégrés et reconnus dans le réseau de la santé et des services sociaux et s'appuient ouvertement sur l'approche réduction des méfaits, l'accompagnement au quotidien de la part d'intervenant-es de proximité pour gérer d'autres formes de



Crédit: Engin Akyurt

consommation demeure encore marginale. Il pourrait s'agir, par exemple, d'un-e intervenant-e qui, suite à une entente avec la personne accompagnée, aurait accès au compte de banque de celle-ci afin de lui acheter une certaine dose quotidienne de bière, et travailler ainsi de manière extrêmement serrée et personnalisée à sa réduction d'alcool.

Ces exemples montrent une posture qui confronte les normes imposées, une reprise de possession de son autonomie, et rappellent donc une attitude spécifique face au monde extérieur, à laquelle fait allusion Winnicott lorsqu'il parle de créativité. Ce ne sont pas des actions prescrites, ni encouragées, par l'établissement ou par les ordres professionnels. Cependant, ce sont des interventions qui, à travers la réflexion sérieuse et le jugement clinique des intervenant-es, et considérant l'historique relationnel singulier entretenu avec la personne, font grandement sens.

En sortant des sentiers battus pour offrir une intervention spécifiquement adaptée à la situation de la personne accompagnée, se crée un contexte relationnel qui valorise l'unicité et la différence de chacun-e (ce qui rappelle la notion de mutualité développée plus haut). Ces pratiques créatives, qui prennent parfois beaucoup de temps et d'énergie aux intervenant-es, laissent entrevoir une entente tacite faite spécifiquement avec la personne accompagnée suite à un potentiel perçu, un échange qui favorise l'engagement de la personne suivie, encouragée par ce que projettent les actions de l'intervenant-e.

Il semble important de souligner ici que ces pratiques qualifiées de créatives pourraient s'inscrire dans un bassin plus large de pratiques en travail social appelées *réflexives*. Celles-ci se fondent sur l'idée selon laquelle, pour toutes les professions centrées sur la relation (tel le travail social), les intervenant-es « prennent le risque du traitement de situations complexes et singulières » et que « l'incertitude, qui marque le caractère conjecturel de la pratique professionnelle, nécessite des ajustements permanents, une gestion des aléas. L'intervention réclame une délibération » (Molina, 2016, p.71). En travail social, plus spécifiquement, cette délibération « se joue à partir d'histoires qui touchent la subjectivité des professionnels traversant des positions individuelles ou collectives au sein des organisations de travail » (Molina, 2016, p.71). Bien que je ne développe pas davantage cette articulation entre réflexivité et créativité dans le cadre de cet article, il apparaît que celle-ci demeure essentielle à mettre en lumière lorsque l'on réfléchit aux pratiques d'intervention pouvant favoriser l'alliance thérapeutique.

Un art difficile

Pour qualifier ces savoirs d'expérience qui ne se prescrivent pas, on peut parler de « créativité de l'agir » des intervenant-es (Ramirez et Prada, 2007, p.60) ou encore du « savoir sentir » (Lesca et Leszczynska, 2014, p.6). En ayant recours à différentes stratégies telles que celles décrites plus haut, les intervenant-es font appel à une pensée divergente qui leur permet de



dépasser les dilemmes imposés en laissant place à leurs intuitions, à des décisions parfois spontanées et implicites (Ramirez et Prada, 2007) et, enfin, à l'auto-détermination de leurs pratiques. Ainsi, ils et elles se retrouvent à « bricoler » tel-les des « artisan-es » pour mettre en place des pratiques créatives à des niveaux collectifs et individuels, afin de favoriser le développement de leur « pouvoir d'agir » autant que celui des personnes suivies (Côté et al., 2019, p. 17-19).

La question qui demeure est de savoir si ces stratégies favorisent réellement l'établissement de l'alliance thérapeutique. Et si oui, comment? Malgré plusieurs obstacles à la pratique du travail social cités plus haut, la relation établie entre intervenant-e et personne accompagnée fait souvent preuve d'une grande résilience. Il est impératif de documenter ce qui aide à tisser cette alliance, ingrédient mystère, mais essentiel, tant à une construction relationnelle complexe et multidimensionnelle, qu'à la qualité d'un accompagnement psychosocial auprès d'une personne marginalisée et vulnérabilisée.

À travers ma recherche doctorale, j'espère documenter le fluide qui circule dans les pratiques silencieuses, dans les pratiques du care et dans les pratiques créatives, leur permettant d'aller encore plus loin. J'espère aussi documenter la relation en filigrane de ces pratiques entre travailleur-euse social-e et personne en situation d'itinérance, ainsi que l'effet de cette relation, autant sur les personnes suivies que sur les professionnel-les.

Notes

1. Il apparaît ici important de donner quelques précisions sur cette expérience professionnelle afin que les réflexions émergentes ainsi que les exemples donnés puissent être compris dans leur contexte. Je travaille depuis plusieurs années dans une équipe du RSSS dont le mandat est d'offrir des suivis de santé et psychosociaux de proximité (dans la rue, les organisations communautaires, etc.) à des personnes en situation d'itinérance. La mission première de cette équipe est de faciliter l'accès aux services existants à des personnes isolées, marginalisées et qui n'ont pas accès à des suivis adéquats ou à des services adaptés à leur réalité. Le travail des intervenant-es de cette équipe étant en particulier d'aider ces personnes, aux parcours extrêmement variés, à naviguer à travers les différents services et institutions, cette expérience a aiguisé ma connaissance des divers systèmes (santé, services sociaux, emploi, justice, logement, etc.) dans leur grande complexité, leurs forces, mais également leurs limites et leurs failles.

2. À travers cette revue de la littérature, j'ai d'abord recensé les écrits entourant le phénomène de l'itinérance et l'évolution des conceptions de la marginalité et de la vulnérabilité. Je me suis ensuite penchée sur la place de la créativité d'abord en intervention sociale puis plus spécifiquement dans le champ du travail social. J'ai alors exploré l'évolution de cette profession dans une mouvance modernisme-postmodernisme et j'ai sondé inévitablement les questions incontournables de l'alternance du travail social comme étant outil de changement et outil de contrôle, la question de la dualité entre savoir expert et savoir expérientiel, la place des émotions dans la pratique et l'identité professionnelle.



Crédit: Fee Birnie

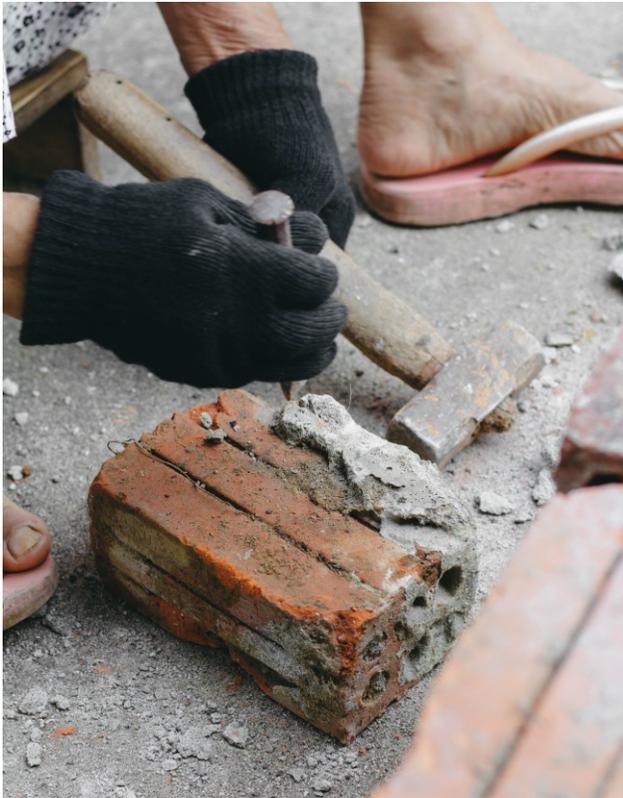
DOSSIER

3. Afin de mieux saisir comment s'établit l'alliance thérapeutique entre les travailleurs-euses sociaux-ales et les personnes en situation d'itinérance, je compte documenter les perceptions qu'ont ces différent-es acteurs-trices de la place à accorder à cette alliance dans leur relation professionnelle, de la forme qu'elle prend, de ses effets, de ce qui la favorise ou lui fait obstacle. J'utilise trois méthodes de collecte de données : l'analyse de textes, les entrevues individuelles avec des travailleurs-euses sociaux-ales et des personnes en situation d'itinérance et l'observation directe des activités des travailleurs-euses sociaux-ales.

4. « can lead to individuals excluding themselves from particular relationships and situations as they seek to minimize and manage the damage to their self-identity and personhood », notre traduction.

5. J'entends par autonomie la question de différenciation à l'autre telle que décrite par Winnicott (1975) et soulevée plus haut. C'est par la reconnaissance de l'autre comme ayant une « vitalité qui lui est propre » (Winnicott, 1975, p.34) qu'on lui concède un pouvoir sur sa manière d'être et d'agir. Cela n'est pas sans rappeler la notion de « pouvoir d'agir » que Côté et al. (2019, p.17), en se référant à Le Bossé (1998), définissent comme « le contrôle que peut exercer une personne ou un groupe de personnes sur son/ leur environnement par la recherche et l'obtention des ressources matérielles, psychologiques et sociales nécessaires pour atteindre leurs objectifs ».

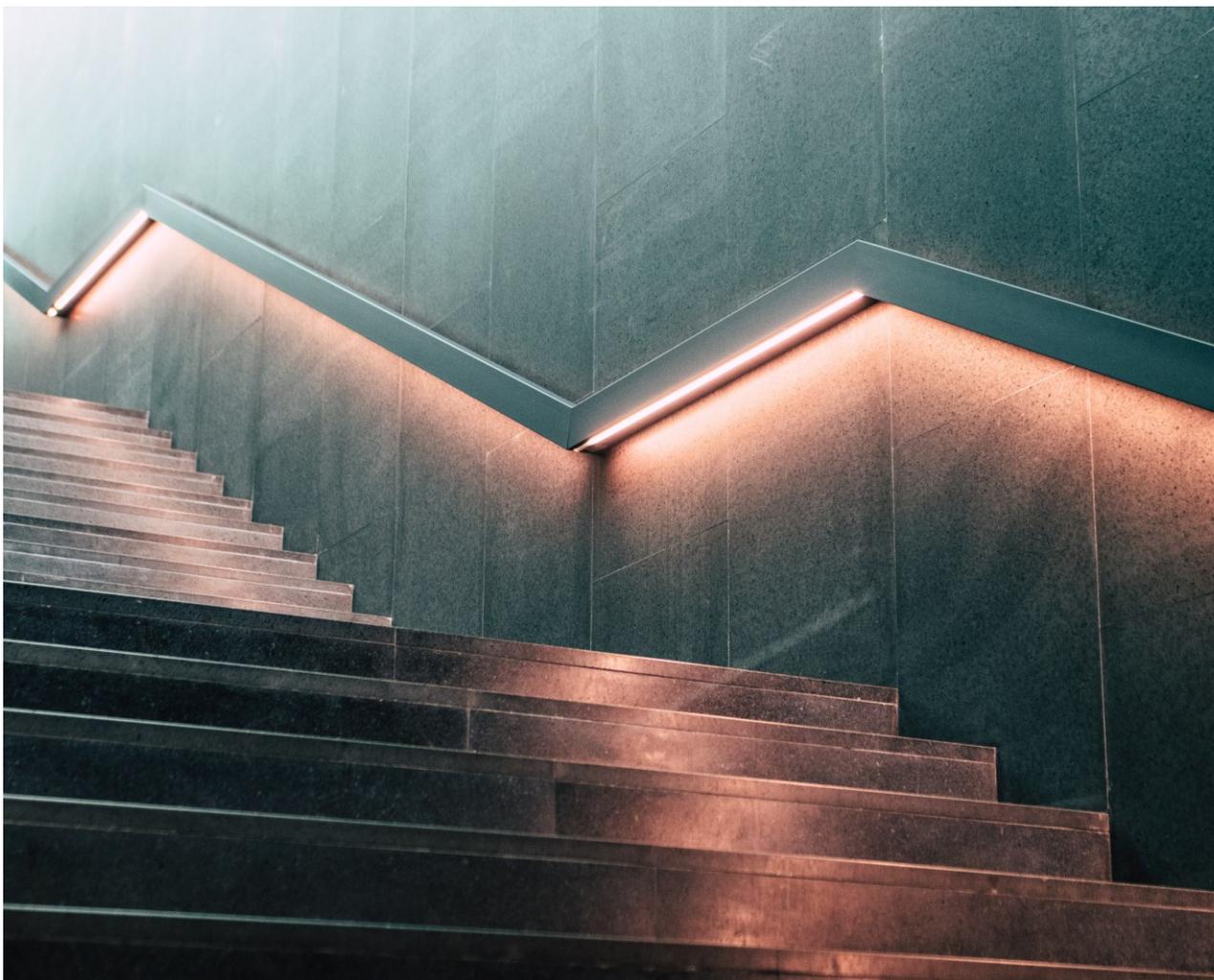
Crédit: Nguyen Dang Hoang Nhu



Références

- Alexander, C-E. et Charles, G. (2009). Caring, mutuality and reciprocity in social worker-client relationships. *Journal of Social Work*, 9(1), 5-22. <https://doi.org/10.1177/1468017308098420>
- Alexander, C.E. (2013). Mutuality and reciprocity in relationships: Generalist social workers' considerations and strategies for managing their relationship with clients. Thèse de doctorat, Université de Calgary. <http://doi.org/10.11575/PRISM/27045>
- Association des Intervenants en Dépendance du Québec (AIDQ). (s. d.). Réduction des méfaits. <https://aidq.org/reduction-des-mefaits>
- Baillargeon, P. et Puskas, D. (2013). L'alliance thérapeutique : conception, pratique. *Défi Jeunesse*, 19(3), 4-9. http://www.unipedsd.net/wp-content/uploads/2014/09/alliance_defi_06_13.pdf
- Bergheul, S. (2015). Introduction : Des regards croisés sur l'itinérance. Dans S. Bergheul (dir.), *Des regards croisés en itinérance* (p.23-29). Presses de l'Université du Québec.
- Bordin, E. S. (1983). A working alliance based model of supervision. *Counseling psychologist*, 11(1), 35-42. <https://doi.org/10.1177/0011000083111007>
- Bordin, E. S. (1994). Theory and research in the therapeutic working alliance: New directions. Dans A. O. Horvath et L.S. Greenberg (dir.), *The working alliance: Theory, research, and practice* (p. 13-37). Wiley.
- Bourque, D. (2009). Transformations du réseau public de services sociaux et impacts sur les pratiques des intervenants sociaux au Québec. Chaire de recherche du Canada en organisation Communautaire, Cahier 0907. <http://w4.uqo.ca/croc/Fichiers/cahiers/0907Final.pdf>
- Bourque, M., Grenier, J. et Rullac, S. (2019). Travail social : des pratiques en tension? Présentation du dossier. *Nouvelles pratiques sociales*, 30 (2), 19-27. <https://doi.org/10.7202/1066098ar>
- Côté, P-B. (2012). Besoins et droits, deux modèles en politiques sociales en itinérance au Québec. *Nouvelles pratiques sociales*, 24(2), 151-167. <https://doi.org/10.7202/1016353ar>
- Côté, P-B., S-A. MacDonald et G. Renard-Robert. (2019). Renverser la subordination. *Revue du CREMIS*, 11 (2), 16-20. https://www.cremis.ca/sites/default/files/revues/revue_du_cremis_vol112_2019_en_ligne.pdf
- Côté, P.-B., MacDonald, S.-A. & Renard-Robert, G. (2020). Entre pouvoir d'agir et impuissance : regards croisés sur une équipe spécialisée en itinérance. *Reflète*, 26(1), 35-58. <https://doi.org/10.7202/1076139ar>
- Creux, G. (2006). Les conduites artistiques des travailleurs sociaux en milieu professionnel. *Les Sciences de l'éducation-Pour l'Ère nouvelle*, 39(3), 53-72. <https://doi.org/10.3917/lsdle.393.0053>
- Denoncourt, H., Désilet, M., Plante, M-C., Laplante, J. et Choquet, M. (2000). La pratique outreach auprès des personnes itinérantes souffrant de troubles mentaux graves et persistants : observations, réalités et contraintes. *Santé mentale au Québec*, 25 (2), 179-194. <https://www.rondpointdelitinérance.ca/sites/default/files/attachments-fr/pOp40kgd.pdf>
- Doucet, M-C. (2013). Chapitre 5 : Arrimer l'hétérogène et le singulier. Dans M. Otero et S. Roy (dir), *Qu'est-ce qu'un problème social aujourd'hui? Repenser la non-conformité* (p.85-100). Presses de l'Université du Québec.
- Echenberg, H. et H. Jensen. (2009). Facteurs de risque de l'itinérance. Division des affaires sociales, service d'information et de recherche parlementaires. Ottawa, Bibliothèque du Parlement. https://publications.gc.ca/collections/collection_2016/bdp-lop/bp/YM32-2-2009-51-fra.pdf
- FitzGerald, M. (2020). Reimagining Government with the Ethics of Care: A Department of Care. *Ethics and Social Welfare*, 14(3), 248-265.
- Gonin, A., J. Grenier et Lapierre, J-A. (2013). La souffrance éthique au travail : l'éthique du care comme cadre d'analyse critique et comme prospective dans le champ de la santé et des services sociaux. *Reflète*, 19(2), 85-110. <https://doi.org/10.7202/1021181ar>
- Grimard, C., J. Sigouin, S. Hamisultane et S.-A. MacDonald. (2021). Émotions et intervention sociale : est-ce à la bureaucratie de dicter les règles? *Interventions*, (154), 113-126. <https://doi.org/10.7202/1088311ar>
- Hervé, M-J., White-Koning, M., Paradis-Guenou, M., Giraud, A., Picot, M-C., Grandjean, H. et Maury, M. (2008). Adaptation d'une échelle d'alliance thérapeutique au contexte de consultations mère-nourrisson. *Devenir*, 20(1), 65-85. <https://doi.org/10.3917/dev.081.0065>
- Hughes, M. (2017). Where is the love? Meditation on a critical ethics of care and love in social work. Dans B. Pease, A. Vreugdenhil et S. Stanford (dir.), *Critical ethics of care in social work, transforming the politics and practices of caring* (p. 197-206). Routledge.
- Hurtubise, R. et Babin, P-O. (2010). Les Équipes itinérances en santé du Québec, description de pratiques innovantes. Secrétariat des partenaires de lutte à l'itinérance (SPLI). <https://api.cremis.ca/wp-content/uploads/2020/08/rapport-de-recherche-equipes-itinerance-hurtubise-babin-2010.pdf>
- Hurtubise, R. et Rose, M-C. (2013). Cahier des récits de pratiques d'intervention en itinérance des équipes du projet Chez-Soi. Centre de recherche de Montréal sur les inégalités sociales, les discriminations et les pratiques alternatives de citoyenneté (CREMIS). <https://api.cremis.ca/wp-content/uploads/2020/04/cahier-des-recits-chez-soi-hurtubise-rose-2013.pdf>
- Hurtubise, R., Roy, L., Trudel, L., Rose, M-C. et Pearson, A. (2020). Guide des bonnes pratiques en itinérance.

- Centre de recherche de Montréal sur les inégalités sociales, les discriminations et les pratiques alternatives de citoyenneté (CREMIS). <https://www.cremis.ca/guideitinérance>
- Lesca, H. et Leszczynska, D. (2014). Capacité d'une communauté de pratique à créer des connaissances utiles pour le processus d'innovation : l'approche « située » de la communauté créative. Working paper series 2014-276. IPAG Business School. https://faculty-research.ipag.edu/wp-content/uploads/recherche/WP/IPAG_WP_2014_270.pdf
- MacDonald, S-A., Côté, P-B., Fontaine, A., Greissler, É. et Houde, S. (2020). Démarche qualitative du deuxième portrait de l'itinérance au Québec: regards croisés et approfondissement des connaissances. Centre de recherche de Montréal sur les inégalités sociales, les discriminations et les pratiques alternatives de citoyenneté (CREMIS). https://api.cremis.ca/wp-content/uploads/2021/12/Rapport-final_2020-05-26_Version-finale_murale.pdf
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2022). L'itinérance au Québec-Deuxième portrait. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003477/>
- Molina, Y. (2016). La pratique réflexive dans la formation en travail social. Le parcours de professionnalisation et le mémoire de recherche. *Approches inductives*. 3(1), 68-90. <https://doi.org/10.7202/1035195ar>
- Parazelli, M. (2015). La disciplinarisation du travail social au Québec : A-t-on besoin de disciples? *Les cahiers du Laris*, (1), 25-43. <https://iss.uqam.ca/wp-content/uploads/sites/31/2016/12/Disciplinarisation-2015.pdf>
- Poirier, M., Hachey, R. et Lecomte, Y. (2000). L'inquiétante étrangeté de l'itinérance. *Santé mentale au Québec*, 25 (2), 9-20. <https://doi.org/10.7202/014449ar>
- Pouteyo, M. (2012). Philosophie et travail social : comment contribuer à la constitution d'un champ et d'une méthode propre en travail social. *Pensée plurielle*, 2-3(30-31), 51-63. <https://doi.org/10.3917/pp.030.0051>
- Ramirez, K. et J. Prada. (2007). La créativité dans le travail social. Dans Stroumza, K. et J. Libois (dir), *Analyse de l'activité en travail social*, (p.59-80). Éditions ies. <https://doi.org/10.4000/books.ies.557>
- Ruch, G. (2012). Where have all the feelings gone? Developing reflexive and relationship-based management in child-care social work. *British Journal of Social Work*. 42 (7), 1315-1332. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcr134>
- Sennett, R. (2003). *Respect : de la dignité de l'homme dans un monde d'inégalité*. Albin Michel.
- Thorpe, C. (2018). *Social theories for social work, ideas and applications*. Routledge.
- Zwick, M. et C. Grimard. (2016). De la marginalité à la vulnérabilité : quels liens entre concepts, réalités et intervention sociale? *Nouvelles Pratiques Sociales*. 27 (2), 45-59. <https://doi.org/10.7202/1037678ar>
- Winnicott, D. W. (1975). *Jeu et réalité*. Gallimard.



Crédit: Alessia Coccon

L'intégration de patientes accompagnatrices dans l'équipe de soins des patientes atteintes d'un cancer du sein au CHU de Montréal

Un nouveau levier pour agir sur les inégalités sociales de santé?

DOSSIER

Julie Schmit

Coordinatrice du partenariat patients-professionnels de santé Université de Bretagne Occidentale (UBO)

Marie-Pascale Pomey

*Médecin spécialiste en santé publique et professeure titulaire Département d'administration de la santé à l'École de santé publique, Université de Montréal
Chercheure au Centre de recherche du CHUM et au CREMIS
Co-directrice scientifique du Centre d'excellence sur le partenariat avec les patients et le public
Membre du CREMIS*

Enora Le Roux

Chercheure en santé publique et méthodologiste de recherche Chaire de recherche en évaluation des technologies et pratiques avancées du centre de recherche du Centre hospitalier universitaire de Montréal, et unité UMR1123 de l'Université Paris Cité/INSERM

Marie-Andrée Côté

Patiente accompagnatrice au Centre de recherche du CHUM



Crédit: Angela Roma

Le taux de mortalité lié au cancer est plus élevé chez les personnes au statut socio-économique défavorisé (Partenariat canadien contre le cancer, 2016), et cela pour plusieurs types et stades de cancer. Cette mise en évidence peut s'expliquer par des diagnostics plus tardifs avec des stades plus avancés, des freins à l'accès aux soins, la présence de comorbidités ou encore une différence dans les traitements en fonction du statut socio-économique des personnes. On observe que des inégalités sociales de santé persistent tout au long du parcours de soins des personnes atteintes d'un cancer (Afshar et al., 2021; Loretti, 2021; Merletti et al., 2011). Être patient-e, cheminer dans le système de santé et appréhender la vie avec la maladie mobilise des ressources et des compétences, comme avoir accès et se saisir de sources d'informations fiables sur la maladie, pouvoir bénéficier d'un soutien social ou encore oser poser des questions aux professionnel-les de santé. Ces situations peuvent agir sur la qualité des soins et la qualité de vie des personnes concernées. Or, la capacité de mobiliser ces ressources est influencée par l'environnement social, économique et culturel et n'est pas équivalente pour toutes et tous.

Pour favoriser un meilleur accompagnement lors d'un épisode de cancer, le programme PAROLE-Onco¹ (acronyme pour « Patient Accompagnateur, une Ressource Organisationnelle comme Levier pour une Expérience patient améliorée en Oncologie ») propose d'introduire des patientes accompagnatrices² au sein des équipes de soins en sénologie³ au Québec.

Ces patientes accompagnatrices sont des femmes qui sont déjà passées par la trajectoire de soin du cancer du sein et qui, par leurs expériences, ont la possibilité d'accompagner d'autres patientes du même établissement. Les patientes accompagnatrices sont identifiées par l'équipe soignante ou d'autres patientes accompagnatrices. Elles ont un état de santé stable, pris du recul sur leur épisode de soins et sont prêtes à partager leurs savoirs auprès d'autres patientes. Elles interviennent à titre de bénévoles, mais peuvent percevoir des compensations financières, pour les déplacements ou les repas par exemple. Elles suivent au préalable une formation offerte par les établissements dans lesquels elles interviennent. Les patientes accompagnatrices peuvent être mises en contact avec les patientes tout le long de la trajectoire de soin, mais préférentiellement lors de l'annonce du diagnostic. Un-e médecin ou un-e infirmier-e pivot propose la rencontre, c'est ensuite une coordinatrice des accompagnatrices qui s'assure de mettre en relation des accompagnatrices et des patientes dont les histoires personnelles ont des points communs, comme le fait d'avoir des enfants ou une même situation professionnelle. Les accompagnatrices ont un rôle qui permet d'apporter un soutien émotionnel, informatif et éducatif. Grâce à leurs connaissances expérientielles, elles ont une facilité à orienter vers les bonnes ressources en interne comme en externe de l'établissement selon les besoins et les demandes afin de permettre aux patientes de comprendre leur maladie, de vivre au mieux leur traitement et d'avoir une idée concrète de la trajectoire de soin.

Quatre établissements au Québec ont décidé d'implanter ce programme. Entre décembre 2019 et décembre 2021, 601 patientes avec un cancer du sein ont pu bénéficier d'un accompagnement dans trois établissements grâce à 25 patientes accompagnatrices. Environ 950 séances d'accompagnement ont été effectuées avec plus de 600 heures d'appels entre patientes accompagnatrices et patientes accompagnées. Selon son expérience, une patiente accompagnatrice peut accompagner ponctuellement 80 patientes par année et approximativement 20 patientes par année pour un accompagnement plus serré et à plus long terme. Lorsqu'un accompagnement se déroule tout au long de la trajectoire de soin, une rencontre est réalisée en moyenne toutes les 3 à 4 semaines.

Notre projet de recherche évalue l'implantation de cette innovation en étudiant les différentes activités des patientes accompagnatrices et leurs potentiels effets sur la qualité de vie et la qualité des soins des patientes accompagnées. Douze entretiens semi-directifs ont été réalisés, dont neuf avec des patientes accompagnées, deux avec des patientes accompagnatrices et un avec une coordinatrice du programme entre juin et septembre 2021. Les personnes interrogées sont toutes rattachées au Centre Hospitalier Universitaire de Montréal (CHUM). L'analyse des verbatims des patientes a permis de mettre en lumière l'opportunité que représente un tel programme pour agir sur les inégalités sociales de santé dans les parcours de soins des personnes atteintes d'un cancer du sein, en faisant le lien entre les témoignages et les



Crédit: Alain Gehri

DOSSIER

données de la littérature identifiées comme vecteurs d'inégalités dans les parcours de soins. Il a été observé que les patientes accompagnatrices venaient combler un manque de soutien émotionnel et informationnel. Selon le modèle de Dahlgren et Whitehead, les réseaux sociaux sont plus faibles chez les personnes socialement défavorisées et cela conduit à des taux de participation plus faibles aux décisions qui affectent leur vie notamment concernant leur santé. C'est sur cet aspect qu'agit l'accompagnement proposé dans PAROLE-Onco (Dahlgren et Whitehead, 2021).

Aller-vers

Si l'apport de l'entraide par les pairs grâce au partage de savoirs expérientiels et au soutien émotionnel n'est plus à démontrer (Doull et al., 2017), la littérature met en évidence que les personnes de catégories sociales plus défavorisées sont plus sujettes à l'isolement social (Stewart et al., 2009). Les femmes de milieux plus défavorisés ont moins d'occasions d'échanger au sein de leurs cercles sociaux avec des personnes ayant eu la même problématique de santé (Bouchard, 2018). Or, le soutien social est reconnu comme un facteur agissant sur la santé mentale et l'état de santé (Leung et al., 2016). Un soutien par les pairs est d'autant plus important que la personne touchée par un problème de santé peut rencontrer plus de difficultés à partager ses émotions avec son entourage qui ne vit pas ou n'a pas vécu la même situation. De plus, les ressources de l'entourage en matière d'information, d'écoute et de soutien émotionnel peuvent être très variables (Meunier-Beillard et al., 2018), ce que les témoignages des patientes confirment.



Crédit: Ali Bakhtiar

C'est par exemple ce qu'exprime Arielle⁴, qui est elle-même en situation d'isolement social : « La famille, j'en ai pas. La seule personne à qui je peux parler de temps en temps, c'est Margot [la patiente accompagnatrice] ». Les témoignages des accompagnatrices vont dans ce sens également. Ainsi, selon Margot, une des accompagnatrices interrogées, le bénéfice de l'accompagnement est primordial pour les patientes sans entourage ou avec un environnement social fragile : « C'est essentiel quand, par exemple, ça arrive souvent que le conjoint soit parti à ce moment-là, ou bien il ne peut pas vivre ça comme il faut. Alors, il y a des problèmes au niveau de la famille, au niveau des enfants. Ça, je trouve que c'est le plus grave ». Par ailleurs, les patientes accompagnatrices témoignent de leur disponibilité, elles ne comptent pas leur temps comme le rapporte Éléonore : « Je passe plus de temps avec [la patiente accompagnatrice] parce qu'elle, elle est à l'extérieur du minutage, elle n'est pas pressée, elle n'est pas entre deux rendez-vous ».

La démarche d'*aller-vers* est au cœur du programme PAROLE-Onco. Elle le différencie d'autres initiatives existantes de soutien par les pairs. En effet, si certaines associations offrent du soutien par les pairs, c'est aux patientes de faire la démarche pour prendre contact avec ces associations, ce qui demande un engagement personnel et certaines capacités physiques, matérielles, financières et éducatives. La fréquentation de ces associations est donc davantage le fait de personnes de classes sociales aisées (Knobé, 2009). Dans le cadre de PAROLE-Onco ce sont les patientes accompagnatrices qui viennent vers les patientes, cela « rompt avec l'idée que l'intervention sociale ferait systématiquement suite à une demande

exprimée. Elle permet d'intégrer dans les pratiques les situations de non-demande de certains publics (pas seulement des personnes vulnérables) et engage les acteurs à se situer dans une pratique proactive, pour entrer en relation avec ces publics » (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2020). Cela permet aux patientes de ne pas avoir besoin de ressources particulières pour en bénéficier, puisque cet accompagnement leur est proposé directement sur le lieu de soins. Cette approche rend ainsi la prise de contact plus facile, plus rapide, et favorise un accès plus équitable à ce service.

Soutenir, informer et faire le lien

L'intégration de patientes accompagnatrices dans les équipes de soin offre la possibilité pour les patientes d'échanger avec une personne qui a vécu une trajectoire similaire. Le soutien apporté permet de partager les émotions vécues et de les faire valider par des pairs qui « sont préalablement passées par là », ce qui contribue pour les patientes à mieux gérer leurs états intérieurs, comme l'exprime Madeleine : « ça me permettait de me libérer, si on veut, de dire des choses [...] des émotions que j'osais peut-être moins transmettre à ceux qui étaient proches de moi ».

La création de cet espace privilégié pour se confier aide à diminuer l'anxiété et le stress chez les patientes. C'est un moment d'échange où elles se sentent en confiance et au sein duquel elles peuvent parler de leurs émotions, parfois envahissantes. Cela leur apporte aussi de l'espoir et de l'optimisme face à la maladie. Patricia mentionne ainsi avoir été rassurée par sa patiente accompagnatrice au sujet de son parcours de soins : « Elle me faisait part du fait que j'étais entre de bonnes mains, qu'il ne fallait pas que je m'inquiète ».

Par ce partage d'expériences, les patientes sont également amenées à mieux appréhender les différentes étapes de leur trajectoire de soins. Les patientes accompagnatrices peuvent puiser dans leurs expériences pour aider les patientes à mieux identifier leurs besoins, maîtriser les termes médicaux, et rendre plus accessibles les explications apportées par les professionnel·les de santé : « Quand on est en état de choc, on entend, on ne comprend pas tout ce que les professionnels nous disent, on ne retient pas tout, alors oui, ça m'a aidée à parler de façon plus aisée, avec des mots plus faciles », nous raconte Agathe. Au-delà du fait de simplifier le langage médical, les patientes accompagnatrices peuvent aussi venir en aide aux patientes qui ne parlent pas ou ont des difficultés avec la langue employée par le personnel médical.

Les patientes soulignent l'importance d'avoir une personne qui les encourage à mieux communiquer avec les professionnel·les de santé, à leur poser davantage de questions, à oser leur demander de reformuler et à s'exprimer lorsqu'elles n'ont pas compris. Cela leur permet de mieux connaître leur état de santé, de mieux communiquer à ce propos et de mieux comprendre le suivi de leurs traitements.

Éléonore et Patricia en témoignent : « [La patiente accompagnatrice] me rappelait de toujours de prendre des notes sur comment je me sens, qu'est-ce que je ressens jour par jour, pour ne pas oublier, et qu'au prochain rendez-vous, je me rappelle mes questions », « Ça m'a confortée dans la possibilité de dire : "Je n'ai pas compris, pouvez-vous répéter?" ».

Les patientes accompagnatrices étant intégrées dans l'équipe clinique, elles sont en contact avec les autres professionnel·les et viennent compléter l'offre de service. Elles font ainsi le lien avec les autres personnes de l'établissement ou de la communauté. Elles orientent les patientes vers des ressources externes comme des associations ou des organismes capables de répondre à leurs besoins, comme le précise Nathalie, une des patientes accompagnatrices interrogées : « Si on voit vraiment qu'une femme est très démunie, on n'hésitera pas à suggérer un accompagnement plus spécialisé justement avec une travailleuse sociale, avec une psychologue, ou la diriger vers des ressources communautaires qui pourraient davantage l'épauler dans son quotidien ».

Les personnes défavorisées ont plus de difficultés à communiquer avec les professionnel·les de santé, à se retrouver et s'orienter dans leur parcours de soins, mais aussi à avoir accès à de l'information intelligible concernant leur problème de santé (Sørensen et al., 2015). Les patientes accompagnatrices, par leur accès privilégié aux autres membres de l'équipe de soins, mais également par leur connaissance de l'organisation du parcours, deviennent ainsi des facilitatrices qui établissent un pont entre le monde médical et les patientes. Elles sont ainsi capables, comme mis en évidence par les patientes interrogées, de préparer les patientes à leur rendez-vous et de favoriser un meilleur niveau de communication avec les professionnel·les. Cela contribue à soutenir les personnes touchées par le cancer à s'engager dans leurs soins, ce qui fait souvent défaut chez les personnes avec un statut socio-économique défavorisé (Loretti, 2021).

Tous ces éléments permettent aux patientes d'être plus autonomes et en confiance pour s'engager dans leurs soins, et favorisent l'accès à une meilleure qualité de soins (Coulter et Ellins, 2007).

Déstigmatiser

Le cancer du sein a une prévalence plus élevée chez les femmes de statut socio-économique favorisé (Société canadienne du cancer, 2022). Cela peut s'expliquer par l'accès au dépistage qui est plus élevé parmi cette population ou encore par des facteurs comme l'âge du premier enfant ou l'allaitement (National Cancer Institute, 2022).

Des patient·es atteint·es d'autres cancers que celui du sein, notamment ceux touchant davantage les catégories socio-économiques défavorisées, pourraient également bénéficier de l'accompagnement par les pairs. Par exemple, les cancers colorectaux et du poumon sont plus fréquents chez les personnes,

femmes et hommes confondu·es, de catégories sociales défavorisées (Société canadienne du cancer, 2022), et soulèvent des enjeux différents. Les patient·es atteint·es d'un cancer du poumon ou des voies aérodigestives supérieures, par exemple, sont plus à risque d'être stigmatisé·es ou de subir des discriminations de la part du personnel médical et de leur entourage social (Loretti, 2021). Ce notamment parce que ces cancers sont fortement liés dans l'imaginaire collectif à des comportements à risque pour la santé, comme les addictions, la consommation excessive d'alcool ou le tabagisme. Ainsi, bénéficier d'un·e patient·e accompagnateur·trice peut apporter un soutien social important, y compris pour les personnes aux prises avec des addictions (Moisan et al., 2020).

Outre les inégalités socio-économiques dans le parcours de soins, on retrouve aussi des inégalités de genre. Comparativement aux femmes, les hommes ont tendance à moins utiliser les services de santé et ceux offerts par le milieu communautaire. Cela peut s'expliquer par la difficulté pour les hommes de demander de l'aide (Dupéré et al., 2016). Ainsi, la déclinaison d'un tel programme d'aller-vers auprès d'une population masculine permettrait de mieux percevoir son apport en matière de réduction de ces inégalités.



Crédit: JBL

« Quand on est en état de choc, on entend, on ne comprend pas tout ce que les professionnels nous disent, on ne retient pas tout, alors oui, ça m'a aidée à parler de façon plus aisée, avec des mots plus faciles »

Favoriser l'accessibilité des ressources

Notre étude montre finalement que les patientes accompagnatrices sont souvent la principale source d'informations pour les patientes atteintes d'un cancer du sein. Elles offrent un soutien adapté et sont à même d'identifier les besoins qui peuvent exister chez les patientes au travers de leur récit quand elles se confient. Elles peuvent au besoin orienter vers d'autres professionnel·les de l'établissement, comme un·e psychologue ou un·e travailleur·euse social·e. C'est pourquoi, les patientes accompagnatrices sont formées aux iniquités sociales entre patientes provenant de différents horizons sociaux, à identifier des besoins psychologiques et sociaux et aux ressources qui peuvent être mobilisées pour les réduire.

Une des limites de cette recherche est que les patientes accompagnées qui ont accepté d'être rencontrées proviennent en majorité de milieux sociaux favorisés. C'est à partir des résultats d'analyses réalisées sur cette population et des déterminants connus des inégalités sociales de santé (comme l'isolement social) que nous projetons l'effet de cet accompagnement sur la réduction des inégalités. Cela ne permet pas d'avoir une appréciation directe de l'impact de ce programme auprès d'une variété de personnes provenant de milieux socio-économiques différents.

Aussi est-il pertinent de se demander si les personnes qui bénéficient le plus souvent de ce programme sont celles qui en auraient le plus besoin et quelles seraient les barrières à l'acceptation de l'accompagnement? Malgré la mise en œuvre de « l'aller vers », l'accompagnement reste dépendant du volontariat des patientes. Le suivi du statut socio-économique des patientes accompagnées permettrait de mieux documenter la situation. De plus, une des autres pistes de recherche à poursuivre serait d'étudier l'influence du

statut socio-économique des patientes accompagnatrices sur l'adhésion au programme des patientes de faible statut socio-économique. Si les résultats confirment l'hypothèse de l'influence du statut socio-économique, il s'agirait par la suite d'identifier les leviers à la participation des patientes accompagnatrices issues de différents milieux socio-économiques.

De plus, il pourrait être encouragé que les patientes accompagnatrices soient proposées de manière systématique à tous·tes les patient·es afin que celles et ceux-ci et puissent, de manière éclairée, décider ou pas de s'en prévaloir. Il en va ainsi d'une responsabilité de santé publique et collective de mettre en place un environnement favorable à ce que chacun·e dispose des mêmes ressources pour pouvoir prendre soin de soi. Des recherches restent donc à mener, pour continuer à démontrer l'apport des patientes accompagnatrices sur les inégalités sociales en santé.

Notes

1. Mis en place depuis 2017 par la Chaire en évaluation des technologies et des modalités de pointe du centre de recherche du Centre Hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM).
2. Le terme « patiente accompagnatrice », au féminin, a été privilégié pour l'article puisqu'il concerne une grande majorité de femmes, cependant il inclut aussi les hommes.
3. Étude des maladies du sein.
4. Les prénoms des personnes interrogées ont été modifiés pour préserver leur anonymat.



Crédit: Dominik Vanyi

Références

- Afshar, N., English, D. R., et Milne, R. L. (2021). Factors Explaining Socio-Economic Inequalities in Cancer Survival: A Systematic Review. *Cancer Control*, 28, 10732748211011956. <https://doi.org/10.1177/10732748211011956>
- Bouchard, L. (2018). 8. Capital social, solidarité réticulaire et santé. Dans P. Bernard, A. Demers, K. Frohlich, et M. De Koninck (Dir.), *Les inégalités sociales de santé au Québec* (p. 187-208). Presses de l'Université de Montréal. <http://books.openedition.org/pum/10006>
- Coulter, A., et Ellins, J. (2007). Effectiveness of strategies for informing, educating, and involving patients. *BMJ: British Medical Journal*, 335(7609), 24-27. <https://doi.org/10.1136/bmj.39246.581169.80>
- Dahlgren, G., et Whitehead, M. (2021). The Dahlgren-Whitehead model of health determinants: 30 years on and still chasing rainbows. *Public Health*, 199, 20-24. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2021.08.009>
- Doull, M., O'Connor, A. M., Welch, V., Tugwell, P., et Wells, G. A. (2017). Peer support strategies for improving the health and well-being of individuals with chronic diseases. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2017(6). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005352.pub2>
- Dupéré, S., Roy, J., Tremblay, G., Desgagnés, J.-Y., Guilmette, D., et Sirois-Marcil, J. (2016). Les hommes à faible revenu et les barrières aux services sociaux et de santé : Des défis pour le réseau des services. *Intervention*, 143, 103-119. https://revueintervention.org/wp-content/uploads/2016/02/intervention_143_les_hommes_a_faible_revenu.pdf
- Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., et Layton, J. B. (2010). Social Relationships and Mortality Risk: A Meta-analytic Review. *PLoS Medicine*, 7(7), e1000316. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000316>
- Knobé, S. (2009). Logiques d'engagement des malades dans les associations de lutte contre le cancer. *Socio-logos. Revue de l'association française de sociologie*, 4. <https://doi.org/10.4000/socio-logos.2346>
- Leung, J., Smith, M. D., et McLaughlin, D. (2016). Inequalities in long term health-related quality of life between partnered and not partnered breast cancer survivors through the mediation effect of social support. *Psycho-Oncology*, 25(10), 1222-1228. <https://doi.org/10.1002/pon.4131>
- Loretti, A. (2021). *La fabrique des inégalités sociales de santé : Enquête sur la prise en charge des malades du cancer*. Presses de l'EHESP.
- Meunier-Beillard, N., Ponthier, N., Lepage, C., Gagnaire, A., Gheringuelli, F., Bengrine, L., Boudrant, A., Rambach, L., Quipourt, V., Devilliers, H., et Lejeune, C. (2018). Identification of resources and skills developed by partners of patients with advanced colon cancer: A qualitative study. *Supportive Care in Cancer: Official Journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 26(12), 4121-4131. <https://doi.org/10.1007/s00520-018-4283-1>
- Merletti, F., Galassi, C., et Spadea, T. (2011). The socioeconomic determinants of cancer. *Environmental Health*, 10(Suppl 1). <https://doi.org/10.1186/1476-069X-10-S1-S7>
- Ministère des Solidarités et de la Santé. (2020). *Note de cadrage de la formation « aller vers » pour la stratégie nationale de prévention contre la pauvreté*. https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/note_de_cadrage_aller_vers.pdf
- Moisan, D., Obadia, C., Arnaud, F., Pommery, A., Claudon, M., Dufayet, G., et Lejoyeux, M. (2020). Place du dispositif patients experts en addictologie lors de l'épidémie de COVID-19 : Le lien ville-hôpital. *La Presse Médicale Formation*, 1(5), 451-456. <https://doi.org/10.1016/j.lpmfor.2020.10.005>
- National Cancer Institute. (2022). *Breast Cancer Prevention—Health Professional Version—NCI* (nciglobal.ncienterprise). <https://www.cancer.gov/types/breast/hp/breast-prevention-pdq>
- Partenariat canadien contre le cancer. (2016). *Rapport de 2016 sur le rendement du système de lutte contre le cancer*. <https://www.partnershipagaincancer.ca/fr/topics/2016-cancer-system-performance-report/>
- Société canadienne du cancer. (2022). *Statistiques canadiennes sur le cancer. Un rapport spécial de 2022 sur la prévalence du cancer*. [cancer.ca/Canadian-Cancer-Statistics-2022-FR](https://www.cancer.ca/Canadian-Cancer-Statistics-2022-FR)
- Sørensen, K., Pelikan, J. M., Röthlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z., Doyle, G., Fullam, J., Kondilis, B., Agraftiotis, D., Ueters, E., Falcon, M., Mensing, M., Tchamov, K., Broucke, S. van den, Brand, H., on behalf of the HLS-EU Consortium. (2015). Health literacy in Europe: Comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *European Journal of Public Health*, 25(6), 1053-1058. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv043>
- Stewart, M. J., Makwarimba, E., Reutter, L. I., Veenstra, G., Raphael, D., et Love, R. (2009). Poverty, Sense of Belonging and Experiences of Social Isolation. *Journal of Poverty*, 13(2), 173-195. <https://doi.org/10.1080/10875540902841762>



Crédit: Franco Bellavita

Enjeux professionnels au sein des unités psychiatriques médico-légales en Belgique francophone

« On est dans une position de contrôleurs malgré nous »

Sophie De Spiegeleir

Doctorante en sociologie-anthropologie

CASPER, Centre d'anthropologie, sociologie, psychologie – études et recherches

CESIR, Centre de recherches et d'interventions sociologiques

Université Saint-Louis, Bruxelles, Belgique

DOSSIER



Crédit: JBL

« Monsieur Lefebvre¹ arrive dans le bureau des soignants, un sac de courses à la main. Il m'interpelle : "vous, vous avez toujours tant de choses à noter!". Je lui souris et acquiesce. Il poursuit : "vous devez noter qu'ici on est super protégés et on ne sait jamais quand on sort, c'est toujours prolongé". » (Journal de terrain, extrait)

En Belgique, les unités psychiatriques médico-légales (ci-après, « unités médico-légales ») accueillent, depuis les années 2000, des personnes² sous mesure d'internement qui bénéficient d'une libération à l'essai. À la croisée du champ judiciaire et sanitaire, les unités médico-légales sont considérées comme des structures de soin présentant un niveau moyen de sécurité (*medium risk*). Elles occupent une position liminaire et contrastée dans le parcours d'internement des personnes internées : sorte d'« entre-deux » (Troisoeufs, 2020), elles se situent après un passage en prison et avant la réinsertion, la personne internée n'y étant ni incarcérée, ni définitivement libérée. La création des unités médico-légales permet aux personnes internées de bénéficier de l'offre générale de soins en santé mentale, les détachant progressivement du monde carcéral auquel elles sont souvent reléguées. Comment, au quotidien, ces unités tentent-elles de mener à bien leur mandat thérapeutique d'accompagner la personne internée vers la réinsertion? Que signifie soigner dans un contexte où s'imbriquent champ pénal et santé mentale?

Les équipes professionnelles des unités médico-légales inscrivent leur travail dans le champ de l'intervention psycho-médicosociale. Si, auparavant, l'impératif de protection suffisait à guider leur pratique (il faut protéger la personne du danger qu'elle pourrait présenter pour elle-même et pour autrui), il doit aujourd'hui s'allier à la reconnaissance et à la garantie de l'autonomie, de la dignité et des droits des personnes concernées (Velpry et al., 2018). Dans le contexte de l'internement, l'impératif de protection revêt un caractère hybride : les équipes professionnelles doivent également ancrer leur intervention dans une

dimension sécuritaire, inhérente à la mesure de sûreté, en vue de défendre la société du risque d'un nouveau passage à l'acte. Concilier soin, protection, autonomie et sécurité publique n'est pas chose aisée. Le travail de ces équipes peut s'apparenter à ce que Florent Champy appelle « les professions à pratiques prudentielles » (2012) : face à des situations singulières mais parfois difficiles à gérer, les équipes professionnelles doivent sans cesse repenser le cadre de leur travail, notamment à travers des moments collectifs de délibération, et avancer à tâtons pour redéfinir leurs missions. À partir d'une enquête ethnographique, je propose de donner un aperçu du quotidien des unités médico-légales et, en particulier, des enjeux professionnels que pose leur pratique. Si l'objectif d'un séjour dans ces unités est de travailler et d'encourager l'autonomie des patients, celle-ci doit être ajustée au cadre de l'intervention et prendre en compte le contexte sécuritaire : les soignant-es se retrouvent dans une position de contrôleurs-euses, et ce, parfois contre leur gré.

Méthodologie

Les données empiriques mobilisées dans cet article sont issues d'une thèse de doctorat³ pour laquelle j'ai mené une enquête ethnographique entre les mois de mars 2021 et mars 2022 au sein de deux unités médico-légales en Belgique francophone. Au cours de l'enquête, j'ai observé le quotidien de ces unités et, en particulier, les réunions d'équipe. J'ai aussi échangé de façon formelle et informelle avec les équipes professionnelles et les patients et j'ai participé, quand c'était possible, à quelques activités ludiques et thérapeutiques. Au total, j'ai passé environ 240 heures sur place. Les observations avaient lieu à différents moments de la journée et, à de rares occasions, en soirée et le week-end. J'étais munie d'un badge et/ou de clés (selon l'unité), qui me permettaient d'entrer et de sortir des bâtiments. L'enquête s'est principalement déroulée auprès des professionnel·les (salle de réunion, bureau des soignant-es) et parfois « en salle », c'est-à-dire auprès des patients (salle de télévision, salle d'activités ludiques, couloir principal de l'unité). Il n'a pas été permis d'enregistrer les échanges observés; la récolte des données a donc consisté en une prise de note épaisse dans des carnets de terrain, qui ont ensuite été retranscrits.



Crédit: Capucine

Libération à l'essai

En Belgique, l'internement est une mesure de sûreté à durée indéterminée qui prive de liberté ou restreint la liberté des personnes ayant commis une infraction pénale, déclarées irresponsables de leurs actes, atteintes d'un trouble mental et présentant un risque de récidive au moment de la décision judiciaire⁴. Encadrée par la loi du 5 mai 2014 relative à l'internement, entrée en vigueur le 1^{er} octobre 2016, cette mesure para-pénale vise un double objectif : protéger la société d'individus qui présentent un potentiel de dangerosité et leur dispenser les soins nécessaires afin de préparer leur réinsertion sociale (Cartuyvels, 2018). Si, pendant longtemps, le sort des personnes internées se réduisait à une mise à l'écart au sein de structures asilaires et/ou carcérales dont il était quasiment impossible de sortir, le régime légal en vigueur prévoit d'articuler la mesure autour d'un trajet de soins afin de dynamiser le parcours d'internement et d'envisager des perspectives de réinsertion. Le trajet de soins des personnes internées peut être représenté en trois stades successifs même si, en pratique, le parcours d'internement n'est pas toujours aussi linéaire. Selon la loi de 2014, seule la libération à l'essai est un passage obligé en vue d'accéder à la libération définitive.

À l'entrée du parcours, la personne internée est « placée », c'est-à-dire enfermée, dans une structure carcérale, ou connotée comme telle, qui présente un haut niveau de sécurité (par exemple, l'annexe psychiatrique d'une prison⁵, un établissement de défense sociale, un hôpital psychiatrique sécurisé ou encore un centre de psychiatrie légale). Ensuite, la personne peut entamer une phase probatoire à travers la libération à l'essai, qui dure à minima trois ans selon les termes de la loi et qui peut être renouvelée tous les deux ans. La libération à l'essai peut être accordée par la Chambre de protection sociale du Tribunal de l'application des peines, l'organe judiciaire chargé du contrôle de l'exécution de la mesure, à condition que le trouble mental soit stabilisé et que le risque de récidive soit considérablement réduit (art. 25, 42 et 66 de la loi de 2014). À ce stade, la personne peut poursuivre sa libération à l'essai dans différents lieux



Crédit: Ungureanu Ionut

« l'autonomie a largement intégré le discours des professionnel-les des unités médico-légales pour qui elle constitue une finalité de l'intervention et, plus spécifiquement, un critère d'évaluation de la pertinence d'une sortie »

présentant, cette fois, un niveau de sécurité moyen et étant plus axés sur le soin, comme l'unité médico-légale d'un établissement psychiatrique. Enfin, la libération à l'essai peut se poursuivre de façon plus ambulatoire, la personne résidant alors dans des structures plus ouvertes et de plus petite taille qui nécessitent une moindre intervention professionnelle, comme une habitation protégée, un appartement supervisé, voire le domicile de la personne.

Intra-muros

Les unités médico-légales hébergent en moyenne une trentaine de patients internés en libération à l'essai. Ils sont répartis dans des chambres de trois ou quatre lits et bénéficient d'un espace pour manger (la cuisine) et d'un espace intérieur de détente (avec une télévision, des livres, une table de ping-pong, etc.) parfois agrémenté d'une terrasse. Les unités disposent également d'une chambre d'isolement. L'équipe professionnelle est pluridisciplinaire. Elle est composée d'infirmiers-ères, d'aides-soignant-es ou encore d'ergothérapeutes, qui travaillent généralement au plus près des patients et suivent leur quotidien. L'équipe rassemble aussi quelques assistant-es sociaux-ales⁶, des psychologues, des criminologues et des médecins-psychiatres. Ce deuxième groupe de professionnel-les voit les patients de façon plus ponctuelle, notamment en consultation.



Credit: JBL

C'est à travers un processus de « candidature », selon le terme utilisé par les professionnel-les, que l'unité médico-légale choisit ses patients. Les séjours durent en moyenne une année et demie. De son côté, le patient devra donner formellement son accord pour résider au sein de l'unité, car celle-ci figure dans les conditions légales de sa libération à l'essai. Si tout semble indiquer que le patient est volontaire pour l'hospitalisation, ses choix sont en réalité limités : en cas de refus, il sera contraint de rester enfermé dans un lieu hautement sécurisé et ne pourra pas progresser dans son trajet de soins. Par ailleurs, résider au sein d'une unité médico-légale lui permettra de bénéficier d'une plus grande offre de soins et de jouir d'une plus grande liberté d'aller et venir. Toutefois, à l'intérieur des murs de l'unité médico-légale, la liberté du patient est mise à l'épreuve, ce qui implique tout un système de règles et un programme de soins à respecter sous peine de sanctions. Libéré à l'essai, le patient peut bénéficier de permissions pour sortir de l'unité et circuler dans l'enceinte de l'établissement psychiatrique, voire à l'extérieur de celui-ci, à condition que la sortie réponde à un but précis (comme la visite d'un appartement, un rendez-vous chez le ou la dentiste ou encore une journée en famille) et qu'elle soit encadrée par des horaires bien délimités.

L'immersion au sein de ces unités a permis de répertorier une multitude d'activités sociales qui, si elles peuvent varier par leur nature, leur fréquence et leur désignation d'une unité à l'autre, constituent différentes façons d'être et façons de faire en psychiatrie (Velpry, 2008).

À l'unité médico-légale, le temps est long et les semaines ont tendance à se ressembler. Chaque journée est organisée autour de trois moments charnières qui se rapportent aux conditions matérielles de l'existence du patient interné : le moment du lever et du coucher, le moment des repas et le moment de la prise de médicament. Dans les interstices se logent d'autres activités auxquelles un horaire est également attribué : les échanges individuels entre patients et soignant-es, les réunions communautaires, ou encore des activités ludiques ou thérapeutiques *intra-* ou *extra-muros* dont le programme peut varier en fonction des semaines et des ressources. Aux règles qui incombent à la collectivité des patients, s'ajoute un programme d'activités individuel et obligatoire⁷ pour chaque patient. Outre les activités prévues et organisées à l'intérieur des murs (atelier cuisine, atelier jeux de société, psychoéducation, groupe de parole, etc.), chaque patient est encouragé au fil de son séjour à participer à un bénévolat ou à une activité professionnelle à l'extérieur des murs. L'idée est d'éviter à tout prix que la vie au sein de l'unité soit ponctuée de moments creux lors desquels le patient déciderait de ne rien faire. À la différence du modèle « total » de l'asile, tel que catégorisé par Goffman (1961), ces unités s'ouvrent vers l'extérieur et réduisent, dès lors, le « fossé » qui sépare les soignant-es des soignés, et la vie à l'intérieur des murs de la vie en dehors (Goffman, 1968 [1961], p. 49).



Crédit: Woncheon Yang

DOSSIER

Autonomie

« J'arrive à l'unité médico-légale pour une autre journée d'observation, je pose ma veste et mon sac dans le bureau des soignants tout en tendant l'oreille vers la conversation qui se tient entre les deux infirmières présentes. Elles discutent d'un patient qui reçoit trente euros⁸ d'argent de poche par semaine mais qui refuse pourtant de faire sa lessive qui nécessite de dépenser sept euros⁹ : "bon, il faudra l'autonomiser un peu celui-là" ». (Journal de terrain, extrait)

Comme le suggère ce court extrait, l'autonomie a largement intégré le discours des professionnel·les des unités médico-légales pour qui elle constitue une finalité de l'intervention et, plus spécifiquement, un critère d'évaluation de la pertinence d'une sortie. En effet, au fil de son trajet de soins, plus une personne internée fait valoir un comportement autonome, plus elle aura accès à un lieu de vie ouvert afin de poursuivre son parcours d'internement.

Les observations des réunions d'équipe et les observations directes des interventions ont progressivement révélé la grille d'évaluation mobilisée par les professionnel·les afin de définir, à terme, les principaux critères du patient interné autonome. D'abord, celui-ci est en mesure de se débrouiller seul, par exemple pour faire sa lessive, utiliser un réveil pour se lever le matin, avoir une bonne hygiène de vie, ou

gérer son argent. Ensuite, il est capable de prendre des initiatives comme trouver un bénévolat ou une formation pour son projet de sortie. Enfin, il est capable d'être en relation avec autrui, par exemple en cuisinant pour les autres, en participant aux activités de l'unité, en rangeant les espaces communs, ou encore en demandant de l'aide si besoin. Toutefois, si le patient idéal est suffisamment autonome et peut, dès lors, envisager de poursuivre sa libération à l'essai en ambulatoire, les professionnel·les doivent également évaluer la dimension sécuritaire, inhérente à la mesure d'internement, et le niveau de risque d'un nouveau passage à l'acte. Pour illustrer, prenons la situation de Monsieur Lefebvre, mentionné plus haut, qui anime très souvent les discussions collectives.

Homme d'une trentaine d'années interné pour des faits de violence, Monsieur Lefebvre est diagnostiqué « psychotique » et présente des traits *borderline*. Au moment de l'enquête de terrain, il est libéré à l'essai et réside au sein d'une unité médico-légale depuis près d'un an. Ce patient est considéré par l'équipe soignante comme un patient « transgresseur » qui « met à mal toute l'équipe ». Un matin, à l'unité médico-légale, une infirmière fait part à son collègue de son « épuisement » quant à l'attitude de Monsieur Lefebvre qui, ce jour-là, refuse catégoriquement de ranger sa chambre, jonchée de mégots de cigarettes. Son collègue partage son désarroi et s'inquiète de ne « plus du tout être dans le soin avec [M. Lefebvre] ».

Crédit: Dmitry Belenovskiy



Tous deux menacent de lui retirer la clé de sa chambre : « la clé, c'est quand tu sais gérer [...] lui, il ne sait pas gérer, on va gérer pour lui ». Après quelques échanges afin d'apaiser la tension matinale, l'infirmière et son collègue, craignant qu'un incident ne se produise, s'accordent à dire qu'« il faut en parler au responsable ». Monsieur Lefebvre est donc inscrit à l'ordre du jour de la prochaine réunion clinique hebdomadaire. Le conflit généré par l'attitude du patient vient ébranler le mandat que s'est donné l'équipe (« être dans le soin ») et la pousse à consulter les autres professionnel-les, et surtout le psychiatre, qui incarne l'autorité. Ce faisant, l'équipe soignante transforme une situation singulière en « affaire collective » (Brodwin, 2013, p. 126, ma traduction).

Lors d'une réunion d'équipe que j'observe, c'est le projet de réinsertion que Monsieur Lefebvre désire mettre en place qui semble cette fois poser problème et qui soulève des discussions au sein de l'équipe quant à ce qu'il convient de faire. Monsieur Lefebvre voudrait commencer une courte formation dans le domaine du bien-être et de l'esthétique, mais, en raison de son comportement « très désinhibé », une infirmière s'inquiète et pense qu'il ne faut pas « l'encourager dans cette direction ». De son côté, Monsieur Lefebvre a entrepris toutes les démarches nécessaires : il a renseigné l'équipe sur le lieu, les dates et les heures de ladite formation et a pu prouver qu'il avait de quoi la financer, montrant ainsi qu'il est tout à fait capable de fonctionner de manière autonome. Pendant la réunion, tout le monde prend part au débat. Un étudiant en médecine, stagiaire à l'unité, demande au psychiatre s'il est bon de « continuer à motiver Monsieur pour son projet de formation ». La psychologue référente du patient réagit : « alors, on ne le motive pas, mais on ne le décourage pas [...] ».

Finalement, sur un ton rhétorique, le psychiatre met fin à la discussion, rappelant à l'équipe les fondements de leur intervention : « qui sommes-nous pour interdire au patient de faire ce qu'il veut? ». Il précise ensuite que l'équipe « ne le suit pas dans ses démarches » et que « si ça se concrétise, ça doit être travaillé à l'extérieur », sous-entendant qu'une autre équipe pourra prendre le relais, une fois le patient sorti de l'unité. Des mois plus tard, j'apprendrai que le patient a finalement pu suivre sa formation, sans encombre.

L'autonomie dont fait preuve Monsieur Lefebvre, bien qu'elle se rapporte aux critères du patient idéal énoncés plus haut, est mise en tension avec la dangerosité potentielle qu'il représente pour les autres. L'objectif de rendre autonome le patient pendant son séjour à l'unité médico-légale peut ainsi générer des difficultés pour l'équipe, qui doit constamment veiller à l'adéquation entre les volontés et les capacités du patient et la dimension sécuritaire, constitutive du cadre d'intervention.

« On [l'équipe] est là pour soutenir la personne dans un objectif de rétablissement », insiste le psychiatre, « [mais] on est aussi là pour faire des *reality check*. [...] On est dans une position de contrôleurs malgré nous » ». (Journal de terrain, extrait)

Délibérations

Révéléateur des tensions quotidiennes des unités médico-légales, l'exemple de Monsieur Lefebvre nous apprend au moins une chose sur la dynamique professionnelle au sein de ces unités. Quand les professionnel-les ne sont pas d'accord quant à la « bonne » façon de faire face à une situation (ici, le projet d'un patient), ils et elles agissent avec prudence et décident de s'en remettre aux avis de leurs collègues. Le principe est simple : « il n'y a pas de décision sans délibération préalable » (Champy, 2012, p. 206). Mais selon la place que chacun-e occupe dans l'organigramme, les logiques d'action et de justification diffèrent, ce qui peut engendrer une incompréhension et de la frustration : « [M. Lefebvre] va droit dans le mur et on cautionne ça », regrette l'infirmier.

Si la grande majorité de l'équipe est présente lors des réunions cliniques, qui fonctionnent sur le mode de la délibération où chacun-e peut intervenir, les observations suggèrent qu'elles ont surtout pour but d'informer le psychiatre des derniers événements qui ont marqué le quotidien de l'unité. C'est parfois le psychiatre lui-même qui initie ces comptes rendus, demandant au reste de l'équipe de lui raconter comment s'est passée la semaine. Si le psychiatre n'est pas considéré comme le chef de l'unité médico-légale, ce rôle étant occupé par l'infirmier ou l'infirmière en chef-fe, il reste néanmoins l'ultime appréciateur d'une situation et clôt souvent les débats. Pour ce faire, dans le cas précis de Monsieur Lefebvre, le psychiatre rappelle à l'équipe le principe censé légitimer leur intervention, dont on peut lire un des corollaires sur la brochure de présentation d'une unité médico-légale : « le patient est présent dans tous les débats ».

Ceci fait écho à la philosophie du « rétablissement », qui a pris ses quartiers dans le champ de la psychiatrie contemporaine (Linder, 2023) et qui occupe une place certaine dans les discours institutionnels et professionnels des unités médico-légales. Suivant une approche fondée sur les capacités, cette nouvelle façon de penser le soin vise à reconnaître les compétences de la personne concernée : « la priorité n'est plus de contenir la maladie, mais de soutenir un projet, en veillant à optimiser le recours aux ressources de la personne et à respecter la singularité de sa démarche » (Pachoud, 2012, p. 264). Dit autrement, il s'agit, en théorie, de laisser au patient le choix de définir ce qui est bien pour lui, visant à rendre la relation entre soignant-e et patient plus symétrique et moins paternaliste. Cependant, comme le montre la situation de Monsieur Lefebvre, dans un contexte où soin et contrôle sont entremêlés, la mise en pratique des principes du rétablissement n'est pas si évidente. De leur côté, les professionnel·les de l'équipe soignante qui travaillent en première ligne ont tendance à défendre une logique de soin plus traditionnelle et plus « verticale », basée sur « l'engagement [du patient] dans une démarche de soin répondant aux critères des professionnels [...] avec un allègement progressif de l'encadrement social » (Moreau et Laval, 2015, p. 224). Malgré cela, c'est à elles et eux qu'il revient de tenter de faire correspondre les principes « d'en haut », énoncés et rappelés en réunion par le psychiatre, aux interventions « d'en bas », qu'ils et elles opèrent.

Les observations du cours de l'action suggèrent que face à des situations compliquées, en ceci qu'elles mettent en péril le cadre établi et qu'elles augurent d'un possible passage à l'acte (des mégots de cigarettes laissés dans une chambre, un projet de réinsertion qui semble risqué), l'application de ces principes s'avère parfois impossible. En effet, pour faire tenir le cadre, il arrive que les professionnel·les contrarient l'autonomie du patient (en lui retirant la clé de sa chambre, ou en freinant son projet de réinsertion), ce qui peut susciter des réactions émotionnelles fortes (Ravon et Vidal-Naquet, 2018), tant pour les patients, dont les volontés et libertés sont entravées, qu'au sein de l'équipe, qui peine à accomplir la mission qu'elle s'est donnée au départ : « être dans le soin ».

Notes

1. Nom d'emprunt.
2. Dans cet article, je fais le choix de favoriser, quand c'est possible, l'écriture épïcène plutôt que l'écriture inclusive (« personne internée », « équipe professionnelle ») afin de faciliter la lecture. Toutefois, je parlerai de « patient interné » au masculin pour coller à la réalité du terrain : la grande majorité des personnes internées sont des hommes.
3. Ma thèse de doctorat s'inscrit dans le projet collectif interdisciplinaire (2019-2024) « AutonomiCap : l'autonomie à l'épreuve du handicap, le handicap à l'épreuve de l'autonomie », www.autonomicap-usaintlouis.org.
4. Pour les conditions précises de la mesure d'internement, voir Nederlandt et al. (2018), La loi du 5 mai 2014 relative à l'internement. Nouvelle loi, nouveaux défis : vers une véritable politique de soins pour les internés.
5. La Belgique a d'ailleurs été condamnée à plusieurs reprises par la Cour européenne des droits de l'homme en



Crédit : Laura Adai

DOSSIER

raison des conditions inhumaines et dégradantes des annexes psychiatriques de prison, jugées inaptes à prendre en charge des personnes internées déclarées pénalement irresponsables. Voir, par exemple, Basecqz, N., et Nederlandt, O. (2017), L'arrêt pilote W.D. c. Belgique sonne-t-il le glas de la détention des internés dans les annexes psychiatriques des prisons?

6. En Belgique, et dans le cas précis des unités médico-légales, les assistant·es sociaux·ales s'assurent de la situation administrative des patients, qui pour la plupart sortent de prison. Leurs principales tâches consistent à stabiliser la situation financière du patient et à remettre en route les revenus, l'affiliation à la mutuelle, etc.

7. En raison de la pandémie de COVID19 et du confinement, certaines activités n'ont plus pu s'organiser car elles ne permettaient pas de respecter les mesures sanitaires ou car elles impliquaient des professionnel·les et des infrastructures externes à l'unité (par exemple, les activités sportives). La participation à ces activités a donc été revue à la baisse.

8. Ce qui équivaut à environ 39 dollars canadiens.

9. Ce qui équivaut à environ 9 dollars canadiens.

Références

- Brodwin, P. (2013). *Everyday ethics: Voices from the front line of community psychiatry*. University of California Press.
- Cartuyvels, Y. (2018). L'internement en Belgique : une « troisième voie » qui en cherche une autre... *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 176(4), 395-403. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2018.02.011>
- Champy, F. (2012). *La sociologie des professions*. Presses universitaires de France.
- Basecqz, N. et Nederlandt, O. (2017). L'arrêt pilote W.D. c. Belgique sonne-t-il le glas de la détention des internés dans les annexes psychiatriques des prisons? obs. sous Cour eur.dr.h., arrêt W.D. c. Belgique, 6 septembre 2016. *Revue trimestrielle des droits de l'homme*, (1), 231-239.
- Goffman, E. (1968 [1961]). *Asiles : études sur la condition sociale des malades mentaux* (traduit par L. Lainé). Éditions de minuit.
- Linder, A. (2023). *De l'idéal du rétablissement à l'expérience de l'aller-mieux. Contribution à une sociologie de la santé mentale et de ses transformations contemporaines* [thèse de doctorat]. Université de Lausanne.
- Loi relative à l'internement des personnes (2014, 5 mai) (Belgique). https://etaamb.openjustice.be/fr/loi-du-05-mai-2014_n2014009316.html
- Moreau, D. et Laval, C. (2015). Care et recovery: Jusqu'où ne pas décider pour autrui? L'exemple du programme « Un chez-soi d'abord ». *Alter*, 9(3), 222-235. <https://doi.org/10.1016/j.alter.2014.05.003>
- Nederlandt, O., Colette-Basecqz, N., Vansillette, F., et Cartuyvels, Y. (2018). La loi du 5 mai 2014 relative à l'internement. Nouvelle loi, nouveaux défis : vers une véritable politique de soins pour les internés. *La Charte*.
- Pachoud, B. (2012). Se rétablir de troubles psychiatriques : un changement de regard sur le devenir des personnes. *L'information psychiatrique*, 88(4), 257-266. <https://doi.org/10.3917/inpsy.8804.0257>
- Ravon, B. et Vidal-Naquet, P. (2018). Les épreuves de professionnalité, entre auto-mandat et délibération collective. L'exemple du travail social. *Rhizome*, 67(1), 74-81. <https://doi.org/10.3917/rhiz.067.0074>
- Troisoeufs, A. (2020). « Jouer aux normes entre malades ». Expériences des troubles psychiques et normalités négociées dans les groupes d'entraide mutuelle. *Anthropologie & Santé*, (20). <https://doi.org/10.4000/anthropologiesante.6101>
- Velpry, L. (2008). *Le quotidien de la psychiatrie : sociologie de la maladie mentale*. Armand Colin.
- Velpry, L., Vidal-Naquet, P. A. et Eyraud, B. (Dir.). (2018). *Contrainte et consentement en santé mentale : forcer, influencer, coopérer*. Presses universitaires de Rennes.



Crédit: Izuiddin Helmi Adnan

Entre obligation, contraintes et agentivité des acteurs-trices thérapeutiques

Le signalement aux services de protection de l'enfance

Pierre Pariseau-Legault, inf., PhD, LLM
Professeur agrégé
Département des sciences infirmières
Université du Québec en Outaouais
Membre du CREMIS

Sandrine Vallée-Quimet
Chargée de cours et étudiante au doctorat
Département des sciences infirmières
Université du Québec en Outaouais

Mélyna Désy-Bédard
Étudiante à la maîtrise
Département des sciences infirmières

RETOURS



Crédit: Lacey Williams

« Il n'y a pas de mauvais signalement ». C'est du moins ce qu'a affirmé la grande majorité des participant-es à notre étude exploratoire sur le processus décisionnel des infirmières œuvrant en soins primaires, lors du signalement d'une situation préoccupante aux services de protection de l'enfance (ci-après, SPE).

« [S]'il y a une inquiétude de quelqu'un, ça vaut la peine de signaler puis de laisser [les SPE] faire [leur] travail [...] Ne jamais signaler pour rien, mais pour moi, il n'y a pas de mauvais signalement. » (Austin)

Pourtant, les récents débats publics associés à la maltraitance envers les enfants nous mènent à constater toute la portée et l'intérêt d'une telle affirmation. À ce titre, peu de données appuient l'efficacité des politiques sociales orientées vers l'obligation de signalement (Nouman et al., 2020; McTavish et al., 2017). Plusieurs études font aussi état des conséquences négatives du processus de signalement pour les enfants, leurs familles et pour les professionnel-les de la santé (McTavish et al., 2017, 2019). Notre étude se situe à l'intersection des positions antagonistes

caractérisant les phénomènes de sur- et de sous-signalement aux SPE. Nous abordons ces enjeux à l'aune de la gestion des risques, avérés ou suspectés, de la maltraitance envers les enfants et de ses conséquences délétères, bien documentées (Winter et al., 2022).

Dans un article récemment publié (Pariseau-Legault et al., 2022), nous avons démontré que l'obligation de signalement aux SPE était interprétée par le personnel soignant de manière relative plutôt qu'absolue. Pour les participant-es à notre étude, il ne s'agissait pas de suppléer aux SPE (Pariseau-Legault et al., 2022), ni de minimiser l'importance de l'obligation de signalement à ces services, mais plutôt de caractériser et d'identifier les frontières cliniques de ce qui constitue un « motif raisonnable » de signalement (Gouvernement du Québec, 2022, art. 39). Les résultats discutés dans cet article faisaient état, de manière plutôt générale, d'une forme de raisonnement intuitif auquel ferait appel le personnel soignant pour mieux appréhender les situations préoccupantes pour le bien-être, le développement et la sécurité des enfants.

Méthodologie

Cette étude s'appuie sur la méthodologie d'analyse situationnelle développée par Clarke et al. (2022). En raison du caractère inductif de cette approche méthodologique, le cadre théorique de cette étude a été construit au fil de l'analyse des données. Différents concepts sensibilisateurs ont ainsi été mobilisés, dont la bureaucratie de guichet et le raisonnement intuitif. La collecte, la transcription et l'analyse des données ont été réalisées de manière itérative, généralement par regroupements de trois à quatre entrevues. Les données ont fait l'objet d'une analyse par théorisation ancrée, consistant en un processus de codification par émergence, de conceptualisation, de catégorisation, de comparaison constante et de mise en relation conceptuelle. Ce processus s'accompagne de mémos analytiques et de schémas cartographiques (Clarke et al., 2017; Corbin et Strauss, 1990). La saturation théorique des données, déterminée lorsqu'aucun nouvel élément ne doit être intégré aux cartes situationnelles à l'issue de l'analyse des données (Clarke et al., 2015), a été atteinte après 12 entrevues. Deux entrevues supplémentaires ont été réalisées afin de confirmer cette saturation.

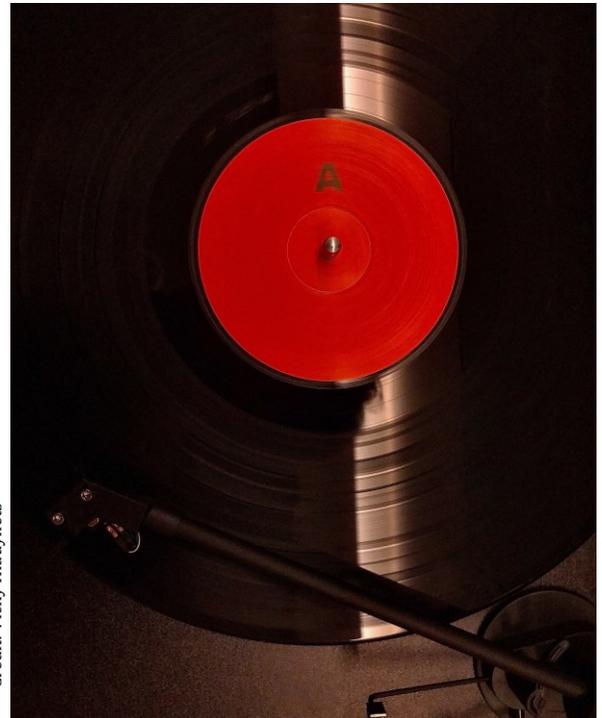
Quatorze entrevues ont donc été réalisées, majoritairement auprès d'infirmières de soins primaires, entrecroisées d'analyses des politiques sociales et des discours publics couvrant la période concernée (2016-2021). Le recrutement des participant-es s'est réalisé par l'intermédiaire des réseaux sociaux, ce qui a favorisé le recueil de données issues de différents contextes de pratique (périnatalité et petite enfance, santé mentale, cliniques médicales, dispensaires et milieux scolaires) et géographiques (milieux urbains, banlieues, milieux ruraux et régions éloignées). La moyenne d'années d'expérience des participant-es est de 12 ans. La moitié des participant-es ont une formation universitaire de premier cycle et six participant-es ont un diplôme de deuxième cycle universitaire.

Ici, nous souhaitons élaborer davantage sur ce raisonnement intuitif et, plus particulièrement, sur l'état de vigilance décrit par la très grande majorité de nos participant-es lorsqu'il est question d'intervenir auprès des enfants et de leurs familles.

Une question d'intuition?

Plusieurs participant-es à notre recherche ont évoqué l'intuition et l'instinct, parfois même un « sixième sens » (April), pour décrire l'amorce du processus de signalement aux SPE. C'est notamment le cas de Paula, qui décrit le changement d'état d'esprit qui s'instaure à la rencontre d'éléments évocateurs d'une situation de maltraitance potentielle.

« Parfois c'est comme une question de, comment je pourrais dire... de *feeling*. Tu sens qu'il y a quelque chose qui n'est pas... c'est... comment je pourrais dire, une seconde intuition. On dirait qu'il y a plein de petits éléments... Tu ne sais pas nécessairement c'est quoi. » (Paula)



Crédit: Vicky Hladynets

Le raisonnement intuitif fait l'objet de nombreux débats quant à son influence sur la démarche de soins infirmiers, et les modèles intuitifs ont traditionnellement été opposés aux modèles axés sur ce qui est observable et mesurable (Benner, 1984; Krishnan, 2018). Ce constat est réitéré par Cowley et al. (2018), estimant que le raisonnement intuitif est souvent considéré susceptible d'introduire un certain nombre de biais cognitifs exerçant une influence négative sur la qualité du jugement clinique. Toutefois, les résultats de notre étude permettent de nuancer cette opposition, ce qui fait écho à l'hypothèse de Krishnan (2018) qui décrit le processus de raisonnement clinique comme une combinaison de raisonnement intuitif, de savoirs scientifiques et d'éléments contextuels.

Nos résultats indiquent que la vigilance clinique précède une telle forme de raisonnement, en permettant au personnel soignant d'appréhender les éléments contextuels à la maltraitance, ceux-ci pouvant être objectifs (indicateurs de maltraitance) ou plus subjectifs (signes ou indices de maltraitance). Judy associe également la vigilance clinique à ses expériences professionnelles préalables à titre d'infirmière :

« Si la personne consulte pour un rhume, et puis moi je trouve qu'il y a quelque chose de bizarre au niveau de l'attachement, mais elle n'est pas méchante, qu'il n'y a pas de marque, qu'il n'y a rien... Mais je vois, de mon expérience, que cet enfant-là a un comportement un peu... Pas approprié avec un étranger. C'est bizarre hein? » (Judy)

Malgré qu'il soit peu considéré dans la pratique, cet état de vigilance peut soutenir la planification d'actions susceptibles de mieux répondre aux besoins de l'enfant ou de sa famille, par exemple en fournissant une intensité de services plus élevée.

« Je trouve qu'il y a aussi un côté de comment je *feel* la situation. On n'en parle pas beaucoup, je trouve. On a une tendance [...] à faire abstraction de ça, mais il y a des patients que tu le sais. Tu le sais qu'il y a quelque chose qui ne marche pas, tu n'es pas capable de mettre un mot dessus, mais tu sais qu'il y a de quoi, ça ne va pas, il faut... Tu vas décider de faire des suivis plus rapprochés. [...] Il y a quand même ce côté-là, je trouve, qu'on tend à oublier. » (Esther)

En outre, la vigilance clinique est un élément distinct du raisonnement clinique. Pour Bruno, le premier élément permet l'expression d'une sensibilité à l'égard d'un enfant dont la situation est préoccupante et le second mène à la formulation de constats évaluatifs quant à sa sécurité et son bien-être.

« Ce n'est pas un raisonnement clinique, [mais plutôt] une question de *feeling*. C'est sûr que cliniquement, si j'ai un doute sur la sécurité de l'enfant, ça... je ne me pose pas trop de questions. » (Bruno)

Ainsi, les résultats de notre étude corroborent les conclusions de Cowley et al. (2018) estimant que, dans certaines situations, le recours au raisonnement intuitif peut encourager l'amorce d'investigations plus approfondies et objectives. Pour ces auteurs-trices, le facteur déterminant l'utilité du raisonnement intuitif relèverait avant tout de la reconnaissance, par les soignant-es elles et eux-mêmes, de l'influence des biais cognitifs et des émotions sur la prise de décisions concernant un signalement aux SPE.

La figure 1 représente graphiquement le changement d'état d'esprit qui semble s'opérer chez les participant-es à notre étude, au contact d'une situation préoccupante pour la sécurité ou le développement d'un-e enfant. Notre analyse suggère que la vigilance clinique est composée de deux facettes principales : les pratiques de soins (PS) et les pratiques

d'investigation clinique (PI). En présence de signes et d'indicateurs de maltraitance, le travail réalisé par le personnel soignant est susceptible de verser dans les pratiques d'investigation clinique. Ces pratiques consistent à déterminer et à documenter l'existence d'un motif raisonnable de signalement aux SPE, sans toutefois suppléer à leur travail. En l'absence de ces éléments, réelle ou perçue, les pratiques de soins sont maintenues dans l'ordre du quotidien et cherchent avant tout à répondre adéquatement aux besoins de l'enfant.

Le travail de coordination des soins

Comme la figure 1 le suggère, le travail de coordination des soins constitue un élément susceptible d'influencer la démarche du personnel soignant et la décision de signaler la situation d'un enfant aux SPE. Allen (2019) suggère que ce travail réfère aux éléments invisibles et quotidiens de la pratique infirmière « qui concernent la coordination et l'organisation des soins aux patients » (p.5, traduction libre¹). Pour Allen (2019), ce travail se distingue du travail de soin ou des pratiques administratives, dans la mesure où il s'intéresse à l'intégrité de la trajectoire des usagers-ères. Nous retrouvons dans ce travail de coordination des soins certaines influences interactionnistes décrites par Strauss (1985, 1978, p. 252) lorsqu'il traite des efforts d'articulation et de négociation inhérents à la division du travail afin que les « choses se fassent ». Strauss réfère ici aux interactions exercées entre les professionnel-les de la santé, malgré leurs frontières disciplinaires et les contraintes inhérentes aux organisations de santé, afin d'assurer le bon fonctionnement des services. Les propos de Kerry et d'Esther sont évocateurs de l'importance d'un tel travail, dans une perspective de prévention primaire de la maltraitance envers les enfants.

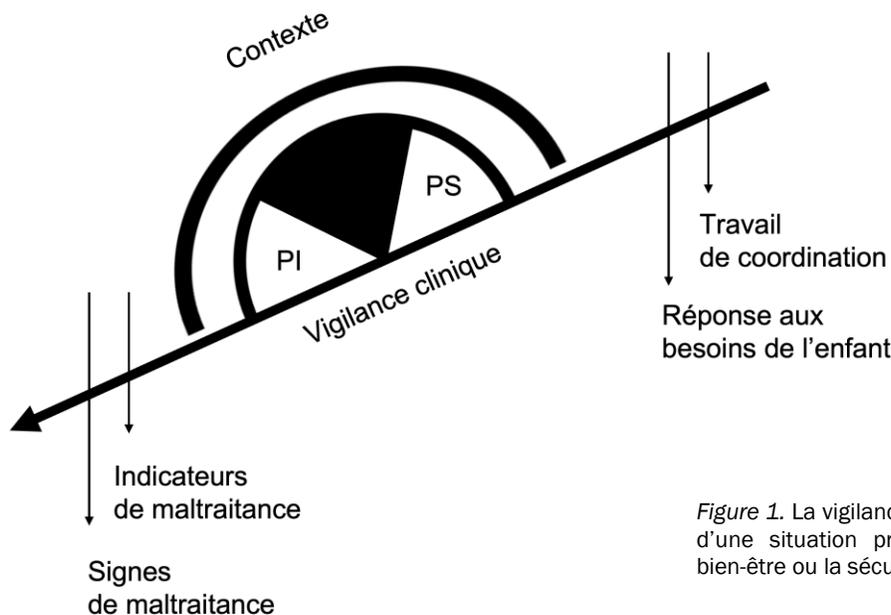


Figure 1. La vigilance clinique au contact d'une situation préoccupante pour le bien-être ou la sécurité de l'enfant.

RETOURS

« La grosse différence en fait c'est que l'infirmière, comme elle est un pivot, elle va vraiment jouer un rôle [...]. On va aller les évaluer, les observer, sur tous les plans, puis après on va ramener en équipe nos observations. Si je vois que dans une famille, il va y avoir un retard de langage, je vais faire un lien avec mon orthophoniste. Si j'ai des inquiétudes au niveau de la discipline ou du sommeil, je peux faire appel à mon éducateur spécialisé et il va venir [...] accompagner la famille. » (Kerry)

« Je vais plus y aller dans une approche éducative puis d'encadrement, en expliquant que j'ai une inquiétude chez l'enfant, ce qui m'amène à dire que je vais avoir plus de suivis avec eux et que [pour que] tout fonctionne bien, on pourrait mettre des services en place. » (Esther)

Le travail de coordination des soins nous incite ainsi à approcher l'obligation de signalement comme une entité dont la stabilité, les règles et les modes d'action qui agissent en sa périphérie sont sans cesse redéfinis et construits au fil des interactions (Strauss, 1978), plutôt qu'un régime de prescriptions légales, réglementaires ou procédurales imposé aux personnes dans l'exercice de leurs fonctions professionnelles. En d'autres mots, le maintien de l'ordre social doit faire l'objet d'une multiplicité de transactions de la part des acteurs-trices sanitaires (Strauss, 1978), l'ordre étant « une chose à laquelle les membres de toute société, de toute organisation, doivent travailler » (Strauss et al., 1963, p. 88).

La reconnaissance des contextes de vie et de précarité

Lorsqu'il est question de la protection de l'enfance, les résultats de notre étude suggèrent que le travail de coordination des soins est grandement dépendant du contexte organisationnel et des conditions socio-économiques dans lesquels sont dispensés les services destinés aux enfants et à leurs familles. Cet ensemble est à son tour susceptible d'influencer l'importance accordée au signalement comme levier d'intervention.

Comme les propos de Bruno le suggèrent, la prise de décision à l'égard du signalement peut reposer sur la reconnaissance du contexte de précarité socio-économique dans lequel évoluent certaines familles et communautés.

« Je pense aux familles dans la communauté, qui font partie de mes patients. L'approche est différente. Si on ne les connaît pas bien, c'est sûr que ça serait des signalements, alors que si je connais le contexte en arrière, le contexte social, le contexte financier, je connais l'ensemble de la situation, c'est sûr que ça, ça m'aide beaucoup. » (Bruno)

Plusieurs entrevues menées auprès de participant-es qui œuvrent en communautés éloignées ou en dispensaire suggèrent que les lois sur la protection de l'enfance participent au maintien des dynamiques coloniales. Ainsi, comme l'indique Sasha : « Ça vient avec le culturel, puis avec la communauté. Et puis ça, ce que je trouve dur, c'est que justement [...] le cadre médico-légal, comme dans tout au Nord, n'est pas fait pour cette vision-là de la famille et de l'enfant. »



Ces extraits évoquent la sensibilité de plusieurs participant-es aux inégalités sociales qui, très souvent, contribuent à la stigmatisation de certaines familles. L'expression de cette sensibilité n'est pas sans rappeler les études démontrant l'existence de préjugés et de biais culturels exerçant une influence sur le processus de signalement, de même que la surreprésentation des familles racisées, autochtones ou socio-économiquement défavorisées au sein des services de protection de l'enfance (Bernheim, 2017; Lavergne et al., 2021; Najdowski et Bernstein, 2018). Par conséquent, plusieurs participant-es expriment devoir composer avec le risque de désaffiliation de certaines de ces familles suivant un signalement aux SPE.

Une agentivité sous tension

La Loi sur la protection de la jeunesse (Gouvernement du Québec, 2022, art. 39), est claire à l'effet que le personnel infirmier qui « prodigue des soins ou toute autre forme d'assistance à des enfants et qui, dans l'exercice de sa profession, a un motif raisonnable de croire que la sécurité ou le développement d'un enfant est ou peut être considéré comme compromis [...] » doit signaler sans délai la situation aux SPE. Bien que cette obligation soit sans équivoque et qu'elle laisse en apparence peu de marge de manœuvre au personnel soignant, les résultats de notre étude démontrent toute la complexité de sa mise en œuvre.

La combinaison entre l'état de vigilance clinique des soignant-es, leurs pratiques de coordination des soins et la prise en compte des conditions de vie souvent précaires dans lesquelles évoluent les familles constitue la trame nécessaire à la mise en place de stratégies permettant d'assurer le bien-être de l'enfant. Ces stratégies visent le déploiement d'un filet de sécurité dont les mailles seraient assez résistantes, et les matériaux suffisamment résilients, pour soutenir les enfants et leurs familles dans leurs difficultés respectives et, ce faisant, éviter le recours au signalement aux SPE.

Pour plusieurs participant-es, à l'exception des situations d'abus physiques ou sexuels, la décision de signaler ou non une situation préoccupante aux SPE présuppose la mise en place préalable d'un réseau complexe d'interactions entre les soignant-es, les enfants, leurs familles, les services institutionnels et la communauté environnante, permettant de conserver un certain contrôle sur l'issue de la situation.

Dans ses travaux portant sur la « bureaucratie de guichet », Lipsky (2010) décrit la participation active des agent-es de l'État (*street-level bureaucrats*) à la mise en œuvre des politiques publiques par l'intermédiaire des mécanismes de délégation de pouvoir. Pour Rebbe (2018), les différences de mise en œuvre de l'obligation de signalement aux SPE par les professionnel-les de la santé pourraient s'expliquer par les enjeux d'interprétation inhérents à un tel pouvoir.



Crédit: Kristin Snippe

RETOURS

« le facteur déterminant l'utilité du raisonnement intuitif relèverait avant tout de la reconnaissance, par les soignant-es elles et eux-mêmes, de l'influence des biais cognitifs et des émotions sur la prise de décisions concernant un signalement aux SPE »

L'extrait suivant illustre par exemple comment Emily en vient à contester le signalement réalisé par un autre service, en plus de réorienter les interventions destinées à la famille vers une approche favorisant le développement des compétences parentales.

« Info-Santé aurait fait un signalement, mais je ne sais pas pourquoi. Je sais que [les SPE], m'ont appelée pour me dire : "Assurez-vous qu'elle soit venue à l'urgence!". Mais, cette maman-là, [...] elle n'avait pas besoin de venir à l'urgence [...] l'enfant était correct là. [...] Puis en fait, ce que j'ai fait, c'est que j'ai donné des outils à la mère. » (Emily)

Il semble donc exister, chez les personnes à qui l'obligation de signalement aux SPE est déléguée, un certain pouvoir discrétionnaire. La mobilisation du pouvoir discrétionnaire attribué au personnel soignant, c'est-à-dire la décision de signaler ou non une situation préoccupante aux SPE, ne remet pas en question la légitimité, la nécessité ou l'importance du signalement pour la protection des enfants. À ce titre, il est utile de noter que l'obligation de signalement aux SPE n'est pas activement contestée par les participant-es à cette étude. La décision de signaler concerne plutôt ses stratégies de mise en œuvre et surtout le motif raisonnable sur lequel devrait s'appuyer un tel signalement.

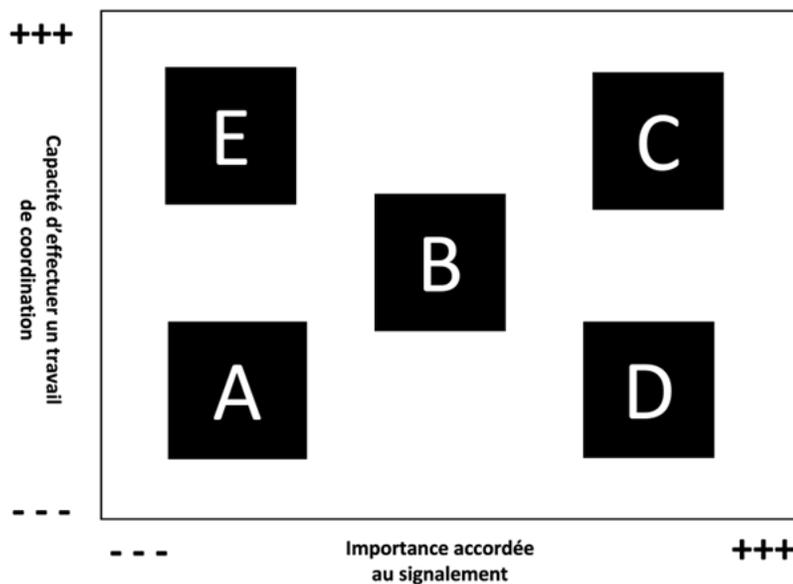


Figure 2. Carte positionnelle du rapport au signalement aux SPE selon différents contextes de pratique.

Quel positionnement face aux pratiques de signalement?

Les sections précédentes ont fait état de l'agentivité du personnel soignant lorsqu'il est question de déterminer si un signalement aux SPE doit être réalisé. Les résultats de cette analyse situationnelle démontrent également un seuil de tolérance au signalement plutôt variable entre les participant-es. Nous avons donc souhaité approfondir l'analyse des dynamiques et des contextes de travail qui influencent ce seuil de tolérance. Nous identifions finalement cinq positionnements distincts à l'égard du signalement aux SPE (positionnements A, B, C, D et E).

Le **positionnement E** (le travail de coordination des soins peut parfois éviter le signalement) décrit un contexte dans lequel le personnel soignant possède une marge de manœuvre suffisante afin de coordonner et mobiliser les ressources nécessaires, minimisant ainsi le recours au signalement aux SPE. C'est notamment le cas des participant-es qui évoluent au sein d'équipes spécialisées caractérisées par une forte intensité de services, tels que les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) : « Les infirmières aux SIPPE sont parfois un peu moins stressées, parce qu'elles en voient plus [de situations difficiles]! » (Austin).

À l'inverse, le **positionnement D** (il n'y a pas de mauvais signalement et il est nécessaire de signaler aux SPE dès la présence d'un doute) réfère à un contexte dans lequel le personnel soignant est particulièrement limité dans sa capacité à réunir les conditions nécessaires pour mettre en place un filet de sécurité, comme c'est le cas au sein des services d'urgences, où le signalement aux SPE constitue un outil d'intervention plus courant.

Le **positionnement B** (le signalement est nécessaire lorsque peu de leviers d'intervention sont possibles) réfère à un contexte clinique dans lequel des leviers

d'intervention alternatifs sont présents, sans toutefois s'intégrer dans les habitudes et au quotidien de la pratique soignante.

Il existe également des situations plus problématiques, lorsque le personnel soignant se retrouve dans l'impossibilité d'effectuer un travail de coordination des soins tout en étant confronté à une importante précarité socio-économique (**positionnement A**, la précarité sociale et économique atténue l'obligation de signalement). Cela a pour effet d'atténuer l'importance accordée au signalement ou, à tout le moins, de soutenir la remise en question de sa fonction sociale.

À l'inverse, le **positionnement C** (le signalement s'inscrit dans le continuum de soins et de services destinés aux enfants et à leurs familles) décrit une culture d'intervention où le signalement est approché comme un outil parmi l'offre de services auprès des enfants et leurs familles : « Disons qu'il y a des gens qui ne sont pas à l'aise, dans certaines situations. Quand ils vont signaler, pour eux, ils ont fini leur travail. Donc, c'est un outil d'intervention. [Les SPE deviennent] leur outil. » (April). Ce positionnement accorde une moins grande importance au principe de dernier recours, et peut aussi miser sur les pratiques d'auto-signalement des familles.

L'ensemble de ces positionnements permettent de mieux saisir la complexité des relations entretenues entre les contextes de travail et la place qu'occupe le signalement aux SPE au quotidien de la pratique clinique. Ces relations ne sont toutefois pas causales et le positionnement du personnel soignant peut également varier au fil des situations rencontrées. En outre, bien que cette carte positionnelle nous informe de l'importance des dynamiques de travail sur l'agentivité du personnel soignant, elle ne rend pas totalement compte de la place qu'occupent les valeurs personnelles et professionnelles dans la prise de

décision à l'égard du signalement aux SPE d'un enfant dont la situation est préoccupante (Lines et al., 2020). Il s'agit d'une limite de notre étude qui pourra faire l'objet de plus amples recherches.

S'éloigner du légalisme

Dans cet article, nous avons décrit certaines caractéristiques de la vigilance clinique du personnel soignant œuvrant auprès des enfants et leurs familles, qui semblent influencer leur décision de procéder à un signalement. Au-delà des indicateurs mesurables et observables de la maltraitance, il a surtout été question de la propension des pratiques de soins à répondre aux besoins de l'enfant. C'est dans ce contexte, à l'exception des situations d'abus physique ou sexuel, que le travail de coordination des soins semble agir comme un vecteur d'atténuation à l'égard de la décision de signaler une situation préoccupante aux SPE. Ce travail de coordination se positionne toutefois au sein d'une matrice organisationnelle complexe, puisque certains contextes de travail offrent des possibilités d'action supplémentaires au personnel infirmier, afin d'offrir un soutien adapté aux enfants et à leurs familles en fonction des difficultés rencontrées. Au contraire, d'autres contextes laissent très peu de marge de manœuvre au personnel soignant à cet égard.

Le seuil de tolérance au signalement est donc susceptible de varier, allant d'une sensibilité accrue à une sensibilité amoindrie, en fonction de la capacité du personnel soignant à effectuer un travail de coordination pour mieux répondre aux besoins des enfants et de leurs familles. Le degré de précarité socio-économique dans lequel évoluent les membres de la communauté environnante, tout comme le contexte historique expliquant leurs relations avec les SPE, semblent également exercer une influence sur ce seuil de tolérance.

Bien que cet article en vienne à nuancer ce qui caractérise la mise en œuvre de l'obligation de signalement aux SPE, cette description reste incomplète. L'une des pistes à explorer serait celle du signalement aux SPE analysé comme étant également une action morale, en s'intéressant aux différentes formes qu'emprunte le positionnement éthique des intervenant-es à cet égard. Cette perspective serait susceptible de nous éloigner du légalisme qui caractérise les enjeux de protection de l'enfance, limitant trop souvent le rôle des professionnel·les de la santé à l'application de normes abstraites au détriment d'une reconnaissance de leur agentivité.



Crédit: Jon Tyson

Notes

1. « Organising work refers to those everyday elements of nursing practice concerned with the coordination and organisation of patient care. It is related to but distinct from direct patient care and nursing management. Whereas the former is patient-focused and the latter is primarily unit-focused, organising work is “care trajectory” focused. » (Allen, 2019, p. 5)

Références

- Allen, D. (2019). Care trajectory management: A conceptual framework for formalizing emergent organisation in nursing practice. *Journal of Nursing Management*, 27 (1), 4-9. <https://doi.org/10.1111/jonm.12645>
- Benner, P. (1984). *From novice to expert: excellence and power in clinical nursing practice*. Addison-Wesley.
- Bernheim, E. (2017). Sur la réforme des mères déviantes : les représentations de la maternité dans la jurisprudence de la Chambre de la jeunesse, entre différenciation et responsabilité. *Revue générale de droit*, 47, 45-75. <https://doi.org/10.7202/1040517ar>
- Clarke, A. E., Friese, C. et Washburn, R. S. (2017). *Situational analysis: Grounded theory after the interpretive turn*. SAGE Publications.
- Clarke, A. E., Friese, C. et Washburn, R. (2015). *Situational analysis in practice: Mapping research with grounded theory* (1^{ère} ed.). Routledge.
- Clarke, A., Washburn, R., et Friese, C. (2022). *Situational Analysis in practice. Mapping relationalities across discipline* (2^e ed.). Routledge.
- Corbin, J. M. et Strauss, A. (1990). Grounded theory research: Procedures, canons, and evaluative criteria. *Qualitative Sociology*, 13(1), 3-21 <https://doi.org/10.1007/BF00988593>
- Gouvernement du Québec. (2022). *Loi sur la protection de la jeunesse*. <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/P-34.1>
- Cowley, L. E., Maguire, S., Farewell, D. M., Quinn-Scoggins, H. D., Flynn, M. O., & Kemp, A. M. (2018). Factors influencing child protection professionals' decision-making and multidisciplinary collaboration in suspected abusive head trauma cases: A qualitative study. *Child Abuse & Neglect*, 82, 178-191. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.06.009>
- Krishnan P. (2018). A Philosophical Analysis of Clinical Decision Making in Nursing. *The Journal of Nursing Education*, 57(2), 73-78. <https://doi.org/10.3928/01484834-20180123-03>
- Lavergne, C., Dufour, S., et Couture, D. (2021). Point de vue des intervenants sur la disproportion des enfants issus de groupes racialisés dans le système de protection de la jeunesse : causes et pistes de solution. *Alterstice*, 4 (1), 17-30. <https://doi.org/10.7202/1077479ar>
- Lines, L. E., Hutton, A., et Grant, J. M. (2020). Navigating and negotiating meanings of child abuse and neglect: Socio-cultural contexts shaping Australian nurses' perceptions. *Health & social care in the community*, 28(3), 941-949. <https://doi.org/10.1111/hsc.12925>
- Lipsky, M. (2010). *Street-level bureaucracy: Dilemmas of the individual in public services*. Russell Sage Foundation
- McTavish, J. R., Kimber, M., Devries, K., Colombini, M., MacGregor, J. C., Wathen, N., et MacMillan, H. L. (2019). Children's and caregivers' perspectives about mandatory reporting of child maltreatment: a meta-synthesis of qualitative studies. *BMJ Open*, 9 (4), e025741. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-025741>
- McTavish, J. R., Kimber, M., Devries, K., Colombini, M., MacGregor, J. C., Wathen, C. N.,... et MacMillan, H. L. (2017). Mandated reporters' experiences with reporting child maltreatment: a meta-synthesis of qualitative studies. *BMJ Open*, 7 (10), e013942. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-013942>

RETOURS

- Najdowski, C. J., et Bernstein, K. M. (2018). Race, social class, and child abuse: Content and strength of medical professionals' stereotypes. *Child Abuse & Neglect*, 86, 217-222. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.10.006>
- Nouman, H., Alfandari, R., Enosh, G., Dolev, L. et Daskal-Weichhendler, H. (2020). Mandatory reporting between legal requirements and personal interpretations: Community healthcare professionals' reporting of child maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, 101, 104261. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104261>
- Pariseau-Legault, P., Ouellet, G., Paradis-Gagné, E., Bernheim, E. et Sallée, N. (2022). L'obligation de signalement aux services de protection de l'enfance : analyse situationnelle de sa mise en œuvre dans les pratiques de soins primaires. *Science infirmière et pratiques en santé*, 5 (1), 34-47. <https://doi.org/10.7202/1090529ar>
- Rebbe, R. (2018). What is neglect? State legal definitions in the United States. *Child Maltreatment*, 23(3), 303-315. <https://doi.org/10.1177/1077559518767337>
- Strauss, A., Fagerhaugh, S., Suczek, B., et Wiener, C. (1992a [1985]). Le travail d'articulation. Dans I. Baszanger (dir.). *La trame de la négociation : sociologie qualitative et interactionnisme* (p. 143-190). L'Harmattan.
- Strauss, A. (1992b [1978]). Négociations. Introduction à la question. Dans I. Baszanger (dir.). *La trame de la négociation : sociologie qualitative et interactionnisme* (p. 245-268). L'Harmattan.
- Strauss, A., Schatzman, L., Bucher, L., Ehrlich, D., & Sabshin, M. (1992c [1963]). L'hôpital et son ordre négocié. Dans I. Baszanger (dir.). *La trame de la négociation : sociologie qualitative et interactionnisme* (p. 87-112). L'Harmattan.
- Winter, S. M., Dittrich, K., Dörr, P., Overfeld, J., Moebus, I., Murray, E., Karaboycheva, G., Zimmermann, C., Knop, A., Voelkle, M., Entringer, S., Buss, C., Haynes, J. D., Binder, E. B., et Heim, C. (2022). Immediate impact of child maltreatment on mental, developmental, and physical health trajectories. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 63(9), 1027-1045. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13550>



Crédit: Paul Hanaoka

Journal des premiers jours

Les Exilés et la pandémie en 2020

Jean-Francois Laé
 Professeur émérite, Paris 8 Saint-Denis,
 Membre du CRESPPA-GTM, UMR CNRS 7217
 Membre du CREMIS

Laetitia Overney
 Maitresse de conférences, ENSA de Paris-Belleville,
 Membre de l'IPRAUS – AUSSER, UMR CNRS 3329



Crédit: Erol Ahmed

RETOURS

En pleine enquête sur les familles exilées hébergées en hôtels, nous ouvrons un journal sur un événement en cours. Un journal qui sera fait de traces éparées, attrapées entre janvier et juillet 2020. À partir de morceaux de mémoire pris à travers la France, morceaux de vie, de récits, d'écrits, de transcription, de scènes, tous sujets à discussion concernant le covid. Comme une pâte à pain, la mémoire se fabrique en cours de route, elle est en train de se faire, elle se fait en marchant et en revenant sur nos pas, plusieurs fois, un peu comme lorsque vous avez perdu vos clés quelque part.

Durant le premier confinement, un jour ou deux par semaine (avec une autorisation!), nous avons arpenté quelques villes françaises, de Seine Saint-Denis et d'ailleurs. Une habitude prise lors d'enquêtes antérieures en milieu populaire, sur la vie en cité, l'usage des services publics, la scolarité, la santé au quotidien. Apprendre à prendre des notes sur le banal. Prêter attention à ce qui ne se voit pas, selon la visée de Georges Perec (1974). L'insignifiant, si vous y prêtez du temps, se déchire lentement à la vue. L'insignifiant se tient là où il n'y a pas de discours, retiré sous l'herbe. Mais cette fois, l'événement n'est pas banal! C'est la panique à bord dès le mois de février. Pourtant, il essaime des centaines de nouvelles conduites, des séquelles corporelles en quantité, des traces dans l'esprit, dans les réactions sociales, des gestes angoissés, incertains, changeants.

Nous donnerons donc à lire une séquence chaque quinzaine, un moment singulier à mettre en débat dans le sens où, encore une fois, la mémoire se discute, se forme de plusieurs forces qui avancent malgré nous. La forme du récit proposée entend mêler description et analyse dans le même mouvement¹.

L'avant

Depuis dix ans, en raison du manque de place dans les hébergements d'urgence des grandes métropoles françaises, les institutions d'aide sociale hébergent des familles exilées dans des hôtels à bas prix pour une nuit, quelques jours, et parfois plusieurs mois. En 2018, la moitié des personnes hébergées étaient des enfants (Fondation Abbé Pierre, 2018), pour un total de près de 50 000 personnes en 2019 (Fondation Abbé Pierre, 2020).

Les autorités publiques n'ont pas recours à n'importe quels hôtels. Ces établissements bon marché franchisés ont été construits au milieu des années 1980, à la périphérie des villes et à proximité des grands axes de circulation. À l'origine, ils étaient destinés à accueillir les professionnel·les en déplacement et les automobilistes en vacances, qui souhaitaient faire

une halte sur la route. La surface et l'équipement des chambres sont réduits au strict minimum : neuf mètres carrés, deux lits, un lavabo, parfois une douche, aucun rangement. Dans les années 2010, ne correspondant plus aux attentes de la clientèle, cette offre hôtelière tombe en désuétude et sert alors à désengorger les centres d'hébergement.

Parce que les familles exilées en France sont le plus souvent réduites à l'attente, attente de papiers, de titres de séjour, et ce pendant plusieurs années, l'espace même de l'hébergement donne un relief particulier à cet arrêt, cette arrestation du temps. Comment *habiter* en famille dans ces hôtels, le plus souvent situés en périphérie des grandes villes? Comment habiter dans une zone industrielle, à proximité d'une autoroute, loin des transports en commun, des commerces et des services publics? Comment cuisiner? Comment dormir?

RETOURS

Ces questions ont guidé notre enquête ethnographique menée pendant 18 mois, de septembre 2018 à avril 2020, principalement dans quatre hôtels de la région parisienne et, de manière plus occasionnelle, dans une quinzaine d'hôtels sur d'autres sites à travers la France². Nous avons suivi une vingtaine de familles et rencontré les responsables de ces hôtels. Une grande partie de l'enquête s'est déroulée dans les halls, les couloirs et les cuisines partagées, en observant les exilé-es lorsqu'ils et elles circulaient, s'arrêtaient et discutaient.

Sur les 20 familles que nous avons rencontrées, 10 sont originaires d'Afrique de l'Ouest, 5 d'Europe de l'Est, 4 du Maghreb et une d'Afrique centrale. Toutes vivent dans ces hôtels depuis plus de six mois, bien qu'ayant connu d'autres hôtels auparavant. Certaines sont restées dans le même hôtel pendant sept ans, d'autres en ont déjà changé dix fois en trois ans. Il faut savoir que 44 % des familles étrangères hébergées en région parisienne le sont depuis plus de deux ans (Fondation Abbé Pierre, 2020). Aussi, puisque la plupart d'entre elles sont en situation irrégulière, ces familles sont hébergées dans le cadre du système de protection de l'enfance (dite Aide sociale à l'enfance), qui est géré en France par les collectivités locales.

« Alors que notre enquête soulignait la capacité des familles exilées à trouver des solutions en circulant un maximum dans la ville, transmettre des pratiques à leurs enfants, maintenant une forme de vie quotidienne aussi stable que possible, voilà que tout s'écroule en quelques semaines. »



Crédit: Oriento

Le choc

Notre enquête s'est achevée par le surgissement de la pandémie de COVID-19 et des contraintes sanitaires du confinement – ne plus bouger de son domicile, sans trop savoir jusque quand. Pour les familles hébergées à l'hôtel, l'épreuve de l'attente est redoublée, et le mot est faible : temps suspendu, temps affaibli, corps contraints dans l'espace domestique, interdiction de sortir, incertitude immense. Nous avons gardé contact avec quelques personnes hébergées et quelques gérants, et nous avons lu la presse locale pour essayer de suivre leur quotidien. Nous avons fait des incursions dans ces hôtels barricadés, sans ravitaillement ni soins.

Il faut se souvenir du flot d'injonctions discriminantes entre jeunes et aîné-es³, vivant seul-es ou en famille, avec des symptômes : mais quels symptômes? Pourquoi tu tousses encore? Dans quel état de panique générale étions-nous lorsqu'il a fallu fermer sa porte définitivement, pour un temps indéterminé, un temps long, excepté l'heure de sortie quotidienne autorisée⁴? Une heure sur vingt-quatre, souvent non utilisée tant la peur était là. Il faut lire les pages qui suivent, un carnet de notes au présent, avec ce trouble d'une contamination dont on ne savait rien, presque rien, du probable et du possible. C'est ce journal d'une pandémie que nous proposons ici⁵.

Journal

Nous remontons l'horloge au début de l'année 2020. Notre étude sur les exilé-es hébergé-es en hôtel se termine mal, en février et mars 2020. Nous étions alors très angoissé-es, au point où l'on ne savait comment écrire l'arrivée du covid dans ces chambres de 9 mètres carrés, déjà confinées par elles-mêmes. Que dire, qu'écrire dans cette absurdité? Comment finir un rapport alors que les exilé-es se retrouvent déjà enfermés dans des hôtels hébergeant parfois jusqu'à 300 personnes, dont des enfants, avec l'arrivée possible du monstre par l'unique portail collectif? Nous sommes renversé-es.

Nous sommes le 24 mars 2020, au petit matin. Près du centre commercial du Millénaire, à Aubervilliers, 500 Afghan-es, Érythréen-es, Somalien-nes, ou encore Soudanais-es sont transportés dans des stades couverts et quelques hôtels. « Nous avons prévu de mettre au maximum 100 personnes dans des gymnases qui, en temps normal, pourraient en accueillir 200, de façon à ce qu'il y ait au minimum 1 mètre entre chaque lit », précise Mme Mialot, de la préfecture. On respecte la règle du fameux mètre... entre les lits. Avant c'était touche-touche.

Toujours le 24 mars. La nouvelle arrive d'Aulnay-sous-Bois. Le responsable de la sécurité du centre commercial O'parisnord est décédé du COVID-19. Un grand costaud, à cheval sur les règles, mais qui savait parler aux jeunes. Alain Siekappen-Kemayou. Demain, le centre sera fermé.

29 mars 2020. Nous n'osons pas nous déplacer jusqu'à l'un de ces hôtels, pour prendre des nouvelles des effets de l'état d'urgence, déclaré depuis dix jours. Celui de l'Oise à Clairon nous est inaccessible depuis plusieurs semaines déjà. Nous n'osons trop y penser. On s'empêche d'y penser. Car comment respecter le mètre de sécurité sanitaire exigé, dans un couloir d'un mètre 29 de large? Se coller au mur de face, de dos, ou carrément s'engager dans un saute-mouton géant? Le temps ne coule pas tout seul. Il peut être immobile. Le temps provisoire, l'attente d'un mouvement, prend chair.

Ce 1^{er} avril, c'est la fin de rédaction de notre rapport sur les Exilé-es en hôtel. Premier jour de levée de la protection hivernale protégeant les locataires de toute expulsion. Pour certain-es, la sortie des hôtels sera autorisée comme avant. Nous nous informons. Nous rappelons l'hôtel d'Ellis. Ni Paul, le gérant, ni Marina, l'intendante, ne répondent. Nous ne parvenons pas à finir ce texte sans avoir quelques nouvelles, à savoir si le coronavirus circule dans le lieu. Dans l'attente : est-ce qu'on nous rappellera? Nous appellerons d'autres hôtels demain. Demain. On décroche, mais personne ne répond. On insiste durant deux heures. Essayer après-demain.

2 avril. Comme un télégramme de l'hôtel d'Ellis : Paul répond, lâche quelques informations, mais doit racrocher assez vite parce qu'il a à faire. Le corps du veilleur de nuit décédé est resté 40 heures dans sa chambre. Aucun-e médecin légiste n'était disponible. Les pompes funèbres n'avaient plus de volontaires pour déplacer les corps. Sera-t-il testé? Non, le médecin a noté sur la fiche « COVID-19 ». Toutes les familles se barricadent dans leur 9 mètres carré. Elles n'en sortiront pas de la semaine. La Croix-Rouge a promis de livrer des repas demain. Demain encore, rien.

5 avril. À l'hôtel des Marins, Bruno le directeur s'affaire : il lui faut absolument occuper les jeunes. Il leur a interdit de sortir plus loin qu'autour de l'hôtel. Il craint qu'ils et elles ne s'aventurent jusqu'à la plage

et prennent une amende de police. Personne n'a le droit de sortir. « Des jeunes comme ça, de 15-16 ans, ça tourne vite en rond », dit-il. Alors, Mohammed, l'éducateur, propose d'aller courir une fois par jour. Et Bruno s'active, il a passé la matinée au téléphone avec des associations locales : on devrait lui livrer du matériel de sport dans la semaine, il compte transformer une salle du rez-de-chaussée en salle de sport! « On fait encore avec les moyens du bord », conclut-il. Demain, il attendra encore le matériel.

5 avril. Pendant ce temps, 60 exilé-es de Grande-Synthe sont conduit-es à l'hôtel de Flers-en-Escrebieux, au sein d'une zone commerciale.

6 avril. À Seinette, à quelques kilomètres de Creil, l'un des premiers foyers de covid en France, toutes les familles sont enfermées, repas portés devant les chambres. Ça ne change pas beaucoup de l'habitude. L'hôtel est en pleine forêt. Il fait encore froid. Les enfants jouent dans les couloirs sonores.

7 avril. L'hôtel de Saint-Martin-Boulogne accueille 14 exilé-es de Boulogne. Comme des sardines, à trois par chambre.

7 avril. Passage éclair à l'hôtel de Houilles. Gilles, le gérant, et sa compagne au téléphone. Un peu pessimiste. Il ne voit pas quoi proposer, sauf du petit bricolage aux enfants. Mais le magasin de fournitures vient bêtement de fermer. Il voulait s'approvisionner abondamment en peinture, cadres et supports pour faire des essais. « C'est terrible de ne pas avoir de papier! Ou vais-je chercher du papier? Des feutres? Je vais téléphoner à l'association Emmaüs, ils auront sûrement. Je vais même y passer vite. Car la cocotte-minute monte, monte! Et j'ai pas de salle, en plus ». Dans le hall, par terre, les enfants jouent et se bousculent. Les mères hurlent. « Après, ça déconne. J'ai alors décidé d'obliger les mères à sortir avec leurs bambins deux heures par jour, marcher autour, dans le quartier, entre McDo fermé, Lidl ouvert, salle municipale fermée, bref, qu'elles marchent, qu'elles marchent pour les aérer ».



Crédit: Olena Sergienko

RETOURS

8 avril. Une femme de l'hôtel de Voreppe positive au coronavirus. Toutes les familles en quarantaine. Alimentation portée par la banque alimentaire.

9 avril. Hôtel de Gémenos, 60 familles exilées confinées pour cause de soupçon de coronavirus.

10 avril. Le virus gagne du terrain dans ces espaces surpeuplés. C'est le cas des deux centres de l'association Coallia à Noisy-le-Sec, et des centres installés dans les hôtels à Aulnay-sous-Bois. À Aulnay, le chef de service parle d'un centre coupé en deux, un côté pour les personnes positives et l'autre pour celles et ceux qui ne toussent pas.

13 avril 2020. Neuf personnes ont été dépistées positives au coronavirus. Elles vivaient dans cet ancien hôtel Formule 1 mis à disposition depuis trois ans pour les migrant-es. Les résultats du dépistage qui a suivi montrent que 38 nouvelles personnes sont contaminées. Les migrant-es ont donc été réparti-es dans trois sites différents : le campus du Centre de Formation des apprenti-es de Niort, l'ancien hôtel Formule 1 et un hôtel Ibis budget. Des secouristes bénévoles prennent la température. Une association apportera la nourriture.



Crédit: JBL

Post-scriptum

Durant ces terribles mois de 2020, toute notre enquête s'effrite comme une falaise tombant à l'eau. Toutes nos observations sur les modes d'habiter aussi. Tous les petits équilibres précaires observés — de la cuisine collective au lavomatique, des accompagnements scolaires aux tournées des guichets — n'ont plus d'existence. Car la tournée des guichets est un vrai travail à mi-temps où chaque famille organise ses cheminements avec des « ordres de priorité » suivant les dangers qui se présentent. Alors que notre enquête soulignait la capacité des familles exilées à trouver des solutions en circulant un maximum dans la ville, transmettre des pratiques à leurs enfants, maintenant une forme de vie quotidienne aussi stable que possible, voilà que tout s'écroule en quelques semaines. Alors que la culture matérielle dans les relations sociales, les habitudes de vie, ce socle fragile, notamment au sein de la famille, se retransmettait, la mise en arrêt survient sans autre parade possible. Ces mois où tout fut soudain suspendu emportaient sur leur chemin les adaptations durement apprises. Le monde s'effondrait et l'enquête avec, car avec un « contact zéro », c'est l'isolement sans témoin, avec comme dernier refuge ces 9 mètres carrés contraints, chaque mètre sans bouger.

Cette fois nous avons appris une chose, la paralysie des institutions, des droits sociaux, conduit à la rupture des sociabilités et à une des plus grandes solitudes pour les individus fragiles, d'autant plus lorsqu'ils et elles sont étrangers-ères. Nous avons surtout appris que ce que nous appelons l'État social, sur un ton un peu majestueux, ne tient qu'à quelques fils. L'édifice est extrêmement fragile. Une pandémie peut le mettre à terre en quelques semaines. Il pourrait aussi ne pas pouvoir se redresser, se reconstruire.

Mais il se peut que cet effondrement nous ait fait toucher du doigt ce que veut dire un mouvement de *désaffiliation*, synonyme d'impuissance, qui court à partir du moment où la protection économique si fragile, la protection sociale tremblante et la protection des proches se retirent simultanément. Lorsqu'on ne peut plus bouger, lorsqu'on ne parvient plus à faire bouger un service, une institution, une ressource économique, ses proches, lorsque cette structuration sociale s'efface, on est *désaffilié-e* au sens strict du terme⁶. L'événement en somme, ce serait ce mouvement souterrain de *désaffiliation*. Et c'est à cet endroit précis que les inégalités de vie éclatent au visage. Lorsque le corps est à vif, la violence surgit.

Il n'y a plus de tournée. Sans tournée, il n'y a plus de ressources. Sans ressources, il n'y a plus d'échange de bons procédés. Il ne reste plus que la charité.

Notes

1. Voir *La possibilité d'une sociologie narrative* (Hellegouarch et al., 2022).
2. Pour en savoir plus, voir *Exilés : ce qu'habiter à l'hôtel veut dire* (Laé et Overney, 2020). https://www.urbanisme-puca.gouv.fr/IMG/pdf/exiles_hotels2501web.pdf
3. Les jeunes scolarisés pouvaient rester ensemble, en groupe, ce qui n'était pas permis aux personnes âgées résidant en établissement.
4. En mars 2020, dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire, le gouvernement français a décrété l'interdiction de tout déplacement hors du domicile, sauf exception pour raisons professionnelles, de santé, ou autre motif impérieux, et dans la limite d'une heure par jour pour les déplacements brefs, liés à l'activité physique ou à la promenade. Les personnes hors de leur domicile devaient se munir d'une autorisation écrite, justifiant que leur déplacement relève d'une des exceptions mentionnées.
5. Cet article est notamment inspiré de la publication *Parole donnée. Entraide et solidarité en Seine-Saint-Denis en temps de pandémie* (Laé, 2022).
6. La désaffiliation selon Castel (1995) n'est pas une absence de liens, mais l'absence d'inscription du sujet dans des structures qui portent un sens.

Références

- Hellegouarch, S., Laé, J.-F., Madec, A., Murard, N., et Potin, E. (2022). La possibilité d'une sociologie narrative. *Revue des sciences sociales*, 68, 89-105. <https://doi.org/10.4000/revss.9272>
- Castel, R. (1995). *Les métamorphoses de la question sociale*. Fayard.
- Fondation Abbé Pierre. (2018). La parole à Christine Laconde. « L'hôtel meublé, souvent synonyme de mal-hébergement », « et les autres? » *Journal de la fondation Abbé Pierre*, 101, 13. https://www.fondation-abbe-pierre.fr/sites/default/files/et_les_autres_n101_-_octobre_2018.pdf
- Fondation Abbé Pierre. (2020). *L'état du mal-logement en France 2020. Rapport annuel #25*. https://fondation-abbe-pierre.fr/sites/default/files/reml2020_rapport_complet_web.pdf
- Laé, J.-F. et Overney, L. (2020). *Exilés : ce qu'habiter à l'hôtel veut dire*. Plan urbanisme construction architecture (PUCA). https://www.urbanisme-puca.gouv.fr/IMG/pdf/exiles_hotels2501web.pdf
- Laé, J.-F. (2022). *Parole donnée. Entraide et solidarité en Seine-Saint-Denis en temps de pandémie*. Syllepse.
- Perec, G. (1974). *Espèces d'espaces*. Éditions Galilée.



Crédit: Renzo D Sousa

RETOURS

Nouvel épisode du balado

Décrypter les inégalités sociales

Épisode n°2 - Rapports sociaux inégalitaires et pratiques créatrices d'égalité, avec Marilou Vinet et Christopher McAll.



Retrouvez tous les épisodes et découvrez nos séries balado

Les Diners d'apprentissage en itinérance

sont de retour cet automne !

Découvrez la programmation et les événements disponibles en réécoute

