CAS - 139 M
C.P. - ITINERANCE
AU QUEBEC

Rapport

Dérives dans l'application des lois d'ordre public de protection en matière de louage résidentielle : l'équité contractuelle en droit du logement

« Il y a problème social lorsqu'un grand nombre de personnes sont affectées par une situation donnée, que cette situation est jugée intolérable et que les gens sont conscient de la nécessité d'une action collective. (Mayer, R., Laforest, M. ; 1990) »

AUTEUR DU RAPPORT
MONSIEUR PHILIPPE JEAN
3742, avenue Laval, appartement 303
Montréal (Québec) H2X 3C9
514.967.9052

EMBLEME DU MEMOIRE : le ratel
DERNIERE MISE A JOUR : Montréal, lundi 3 novembre 2008, DRAFT FINAL

Préface

« *Does the need of the many, out ways the need of the few or the one* » (Spock).

Table des matières

PREAMBULE 1
« Nota Bene » du signataire *1*
Manifesto 1
Des troubles d'apprentissages 2
ORGANISATION DE RAPPORT 2
OBJECTIFS DE RAPPORT 2
CALENDRIER ET HISTORIQUE DU RAPPORT 3
SUIVI DES MISE A JOURS 3
NECESSITE D'UN RAPPORT 5
L'importance du logement, un enjeux social *5*
La santé mentale et le logement *6*
Les personnes handicapés *6*
La précarité résidentielle et l'itinérance *6*
Le besoin d'une intervention continue en logement 7
Les maison de chambres *7*
Les règles d'ordre public de protection *8*
Règles de l'exception d'inexécution 8
Dynamique partenariale entre intervenants clefs *9*
Nécessité d'une nouvelle dynamique partenariale dans l'application des lois d'ordre public de protection en matière le louage résidentiel 9
Le rapport à l'État : de la concertation au partenariat 9
Conclusions *9*
BIBLIOGRAPHIE SELECTIVE 10
PERSPECTIVE SUR LE MARCHE LOCATIF RESIDENTIELLE « BAS DE GAMME » 11
De la pénurie et de la « crise du logement » : le resserrement du marché locatif résidentielle « bas de gamme » *11*
Du choix au logement décent *12*
De l'accès au logement *12*
PERSPECTIVE SUR LE RAPPORT DE FORCE ENTRE LOCATAIRE ET PROPRIETAIRE 12
En général *12*
Le rapport de force *13*
Lois d'ordre public de protection : nature sociale du louage résidentielle *13*
Nature sociale du louage résidentielle 14
Une protection et une justice sociale 14
Écueils du rapport de force *15*
Les embarras et le fardeau de la démarche d'un recours à la Régie du Logement 15
L'attitude de certains propriétaires/locateurs en période de resserrement 15
La psychologie du propriétaire récalcitrant 15
PERSPECTIVE SUR LA REGIE DU LOGEMENT 17
Un tribunal d'accès *17*
L'adjudication *17*
Lois et règlements sous la juridiction de la Régie du logement *17*
L'application de la législation en matière de louage *19*
PERSPECTIVES SUR LES NORMES REGLEMENTAIRES MUNICIPALES EN MATIERE DE LOGEMENT 20
Règlement sur la sécurité, la salubrité et le zonage *20*
Le règlement *20*
L'application du règlement *20*
L'application du règlementation par les arrondissements *21*
Procédure liée à l'application du règlement sur la salubrité et l'entretien des logements *21*
Collaboration avec intervenants externes *21*
Collaboration avec la DSP de Montréal 21
Collaboration avec les centres de santé et de services sociaux (CSSS) 22

Régie du logement 22
Associations communautaires 22
Quelques Statistiques (juin 2003 – juin 2006) *22*
Les perspectives de développement *23*
Étapes de la procédure judiciaire *24*
Opinion de Le signataire *24*
PERSPECTIVE SUR LES MENAGES VIVANT SOUS LE SEUIL DE LA PAUVRETE 25
Méthodologie de l'enquête *25*
Le seuil de pauvreté *26*
le Conseil national du Bien-être social du Canada 26
Concentration géographique de la pauvreté 26
Composition d'un ménage privé *26*
Ménages privés selon le revenu *27*
La population des ménages privé à faible revenu *27*
Évolution des modes d'occupation des ménages privé *27*
Le taux d'efforts des ménages privés *28*
Loyer payé par les locataires *28*
PERSPECTIVE SUR LE LOGEMENT SOCIAL OU L'AIDE AU LOGEMENT A CARACTERE SOCIAL 28
1. FAIRE USAGE D'UN RECOURS JUSTIFIE 30
Problématique 1.1 : Plainte justifiée à la division des permis et inspections — complexité des aspect juridiques *30*
1.1.1 Étapes a suivre d'un recours 31
Problématique 1.2 : l'écrit obligatoire et preuve de résidence — complexité des aspect juridiques *32*
Problématique 1.3 : protection des renseignements personnels — complexité des aspect juridiques *32*
2. LA DENONCIATION DU « LOCATEUR RECALCITRANT » 32
Problématique 2.1 : une démarche périlleuse *32*
Problématique 2.2 : un recours à la Régie du Logement, une démarche difficultueuse et coûteuse *33*
2.2.1 Baisser le coût du contentieux à la charge de l'usager 33
2.2.2 L'autoreprésentation 33
3. L'AIDE JURIDIQUE 34
Problématique 3.1 : de la compétence et de la qualité du dossier *34*
Problématique 3.2 : Service non couvert *35*
4. LA REGIE DU LOGEMENT 35
Problématique 4.1 : Statistiques du rapport annuel de la Régie du Logement *35*
Problématique 4.2 : La précarité résidentielle et iniquités dans le traitement des requêtes introduite par les locataires *36*
Problématique 4.3 : Les causes introduites *37*
4.3.1 Disproportion en contradictions des causes introduites à la Régie du Logement 37
4.3.2 Disproportion des causes en matières de rétractations de jugements 40
Problématique 4.4 : Les types de causes *41*
4.4.1 Résiliation du bail pour non-paiement de loyer et recouvrement : une problématique mal appréhender 41
Les pertes moyennes dues aux logements vacants et aux loyers impayés 42
4.4.1 Le délais moyen avant audience 43
4.4.2 Requêtes en fixation de loyer 46
4.4.3 Répartition des causes introduites à la Régie du Logement 47
Problématique 4.4 : Un conflit d'intérêt ? *47*
Problématique 4.5 : stagnation de la loi sur la législation *47*
5. LES COMITES LOGEMENTS, ASSOCIATIONS DE LOCATAIRES ET LE RCLALQ 48
Problématique 5.1 : une offre de service exigeant et difficultueuse *48*
RECOMMANDATION PRINCIPALE 49
« Le Protecteur du Locataire » : La réduction des inégalités *49*
Mission de « Le Protecteur du locataire » *51*
Valeurs de la « Protecteur du locataire » *52*
De l'action sociale *52*
De l'action communautaire et social *53*
Du « planning social » *54*
De la justice sociale et du développement de politiques sociales 54
Une protection et un soutien social 55
De l'Étique 56
De l'accompagnement 56

De l'empowerment (autonomisation) 56
La concertation 58
Le partenariat 58
L'action intersectorielle 59
La représentation collective 59
La mobilisation 59
De la Pédagogie « actualisante » 60
De l'innovation : « Le paradigme » au cœur du changement 61
Des intervenants et de leurs approches : vers un changement paradigmatique 64
Favoriser la prise en charge collective 66
« Le Protecteur du locataire » : un quasi-appareil parapublic *67*
De la forme organisationnelle du « Protecteur du locataire » *67*
Des formes de relations extérieures du « Protecteur du locataire » *69*
Les formes de recommandations *69*
De la synergie *70*
RECOMMANDATIONS SECONDAIRES 72
Des mesures d'ajustements législatifs *72*
Des autres mesures *72*
DU PRÉAMBULE 74
De l'audience *74*
Des objectifs *74*
Du « Nota Bene» *74*
DU SOMMAIRE 75
De la police communautaire et de l'attrition budgétaire *75*
De la santé public et de la santé mentale *75*
Les déterminants de la santé 76
De la violence psychologique et morale : la violence indirecte *76*
DES PERSPECTIVES 78
Introduction *78*
De l'établissement de la Police de Cartier 78
Du rapprochement 78
De la barriere 79
Les Comites Aviseurs Des Partenaires (CAP): Un Dispositif Pour Connaître Et Agir 79
Diagnostic local de sécurité 80
Intervention rapide et éfficace 80
de l'intervention et de la santé mentale 81
De la « police preventive » *82*
Une contravention qui recommande : méthodes « coercitives-éducatives » *83*
Des graines qui peuvent germér 83
« Du changement paragigmatique » : Prévention de la dégradation du tissue sociale 85
Du Cadets de police 86
De l'incivilité *87*
Désordres physiques / marques d'incivilités 87
Désordres sociaux / actes d'incivilités 87
DES RECOMMANDATIONS 88
Mettre fin au cycle de la violence et au cycle de la dégradation du tissu social *88*
BIBLIOGRAPHIE SÉLECTIVE 89
MINISTERES ET ORGANISMES PUBLIC 93
PROGRAMMES 94
CIGLES DE DROIT, DE LOIS ET REGLEMENTS 95
AUTRES CIGLES 95
Organismes communautaires *96*
INDEX DES TERMES 97

AVANT PROPOS

Préambule

« *NOTA BENE* » DU SIGNATAIRE

Au cours de « sa pérégrination » à la recherche d'un logement « convenable », le signataire a vécu de nombreux écueils, désagréments, et embarras. Ce document se veut le reflet des réflexions et de l'expérience du signataire.

Ainsi, dans cet ouvrage, il n'est pas rare que le signataire utilise certains mots, certaines expressions, et certains concepts empruntés à d'autres documents. Conséquemment, ces emprunts servent non seulement à exprimer adéquatement et de manière probante la pensée du signataire. Il faut donc comprendre que dans ce rapport, ces « emprunts » permettent l'expression de toute la gamme de nuances possible et nécessaire. Il faut donc concevoir ce rapport comme ouvrage de type « Lego » : une sorte d'assemblage de texte adroitement colligé et présenté dans une suite approprié et intelligible. Le signataire veut souligner qu'il est en processus d'apprentissage.

Cet ouvrage a été conçu dans l'objectif de convaincre et non à persuader, et vise essentiellement à mettre en évidence une problématique qui semble mériter une attention particulière nécessitant, d'une part, une confirmation de par les pairs, et d'autre part, une démarche de réflexion et de cogitation, et finalement, une action correctrice.

Précisons que le marché du logement locatif étudié ici est le marché privé exclusivement : le marché du louage résidentiel « bas de gamme ».

> *« Quand des ménagers dépense pour l'habitation, ils achètent ou louent bien que plus que l'unité et ses caractéristiques; [...] de facteurs variés comme la santé, la sécurité, la vie privée, le voisinage et les relations sociales, le statut, les relations et les services à l'intérieur de la communauté, l'accessibilité aux emplois et le contrôle sur l'environnement. Être mal-logé peut signifier les privations sur toute cette dimension[1]. »*

> *« Le louage, aussi appelé bail, est le contrat par lequel une personne, le locateur, s'engage envers une autre personne, le locataire, à lui procurer, moyennant un loyer, la jouissance d'un bien, meuble ou immeuble, pendant un certain temps.*
>
> *Le bail est à durée fixe ou indéterminée. » (Art., 1851, C.c.Q.)*

Enfin, servez-vous de la table des matières afin de naviguer et de vous guider aisément dans ce rapport.

MANIFESTO

> *« Puisque la conscience entraîne la responsabilité, je me vois contraint de dénoncer un phénomène qui m'apparaît évident et qui mérite, à mon avis, d'être porté à l'attention des intervenants et acteurs de notre collectivité » (Philippe Jean, op. cit.).*

Le signataire de ce rapport est un « citoyen dissident passif-actif » et agit en toute indépendance d'esprit de tout parti politique et de tout organisme communautaire. Conséquemment, l'action sociale et communautaire préconisée par le signataire s'exprime en dissidence de certaines mouvances communautaires, et certainement, de plusieurs orientations politiques gouvernementales en matière d'action communautaire.

[1] Considérée du point de vue de l'exercice de ses droits et de ses devoirs civils et politiques, alors que la personne ne soit pas un électeur, mais sujet de la cité, et désireux de participés aux affaires de cette dernières.

Le signataire expose donc une solution a une problématique en matière d'application de la législation d'ordre public de protection. Cet ouvrage s'avère donc un « exercice de style » visant à appréhender un phénomène social à partir d'hypothèses de bases comme suite aux observations et aux réflexions issues d'une analyse sommaire de l'environnement du « marché locatif résidentiel » dans lequel le signataire est immergé. Cet ouvrage vise nécessairement à alimenter la réflexion sur un sujet particulier afin que les décideurs et acteurs sociaux puissent entreprendre des mesures correctrices fondées sur les conclusions de ce rapport.

DES TROUBLES D'APPRENTISSAGES

Également, le lecteur ne devrait pas se formaliser outre mesure et ne se laisser influencer par l'énorme quantité de fautes d'orthographe et de grammaires. Malgré la pertinence du texte, le signataire se doit de composer avec la Dyslexie et la Dysorthographie. Également, souffrant de troubles d'apprentissages, ce rapport (actuellement sous forme de brouillon) peut souffrir de lacunes organisationnelles. Enfin, l'harmonie de la rhétorique se doit d'être astiquée et galvanisée.

Organisation de rapport

Ce rapport vise à mettre en évidence :

1. Un sommaire démontrant la nécessité d'une synthèse ;
2. Divers perspectives sur le marché du louage résidentiel ;
3. L'ensemble des problématiques à résoudre ;
4. Les recommandations basé sur l'analyse et la synthèse sur les perspectives et les problématiques ;

Objectifs de rapport

Ce rapport vise à mettre en évidence :

1. Présentation de la situation :
    - 4.1. les écueils liés à l'application des normes réglementaires municipale en matière de louage résidentiel pour les personnes vivant sous le seuil de la pauvreté et/ou vivant une problématique de « santé mentale »;
    - 4.2. les écueils liés à l'application des lois sous la juridiction de la Régie du Logement pour les personnes vivant sous le seuil de la pauvreté et/ou vivant une problématique de santé mentale;
    - 4.3. présentation détaillée des ménages locataires de l'île de Montréal;
    - 4.4. présentations détaillées des hypothèses révélant les diverses problématiques vécues par les ménages liés à l'application des lois et règlements sous la juridiction de la Régie du Logement.
5. « Le Protecteur du locataire », une proposition d'une initiative :
    - 5.1. Définir les principaux paramètres soutenant l'approche communautaire;
    - 5.2. énoncer les principes de l'approche communautaire;
    - 5.3. décrire les principales implications d'une telle approche dans le processus d'intervention.

Calendrier et historique du rapport

- Date de création – 1er octobre 2006;
- Ébauche version 0.1 : l'hiver 2006;
- Ébauche version 0.2 : printemps 2007;
- Ébauche version 0.2.1 : mai 2007;
- Ébauche version 0.2.2 : juillet 2007;
- Ébauche version 0.2.3 : août 2007;
- Ébauche version 0.3 : automne 2007;
- Document version 1.0 : Janvier 2008.

Suivi des mise à jours

Suivi des modifications introduites depuis la version 0.2.2

1. Changement d'appellation de la « **Police du Logement** » pour « **Protecteur du Locataire** » ;
2. modifications et ajouts apportés au chapitre de la recommandation principale ;
3. ajout d'un chapitre de recommandations destinées aux forces constabulaires concerant la dynamique relationnelle conflictuelle locateur/locataire, la dégradation du tissu social et la violence psychologique et morale;
4. tentative de correction de l'orthographe et de la grammaire du présent document.

Modifications prévues pour la version 0.3 :

1. mise à jour des informations statistiques des ménages locataires de l'île de Montréal;
2. compléter l'analyse statistique du marché locatif de l'île de Montréal;
3. compléter l'analyse de la situation des ménages locataires à faible revenu de l'île de Montréal;
4. compléter le chapitre concernant la perspective des ménages de l'île de Montréal;
5. compléter le chapitre concernant la perspective du logement social de l'île de Montréal;
6. améliorer le chapitre concernant la perspective sur les normes réglementaires municipales;
7. améliorer le chapitre concernant la perspective sur la Régie du Logement;
8. améliorer le chapitre concernant la perspective de l'ensemble des problématiques;
9. mise à jour et ajustement aux changements des réalités de chaque « **sphère problématique** » et leurs descriptifs associés.

AVANT-PROPOS

SOMMAIRE

Nécessité d'un rapport

« Revoir en profondeur les politiques publiques et les pratiques qui en découlent, ainsi que mettre en place ou renforcer des interventions au sein des réseaux public et communautaire afin de soutenir *les personnes*, améliorer leurs *conditions de vie*, favoriser le *retour en logement* et faire respecter *leurs droits*[2]. »

L'IMPORTANCE DU LOGEMENT, UN ENJEUX SOCIAL

Le milieu résidentiel est susceptible d'influencer significativement la santé physique et mentale ainsi que la qualité de vie des individus.

« En tant que telle, le logement doit pouvoir garantir la sécurité physique et psychologique des individus et contribuer le plus possible à l'autonomie des personne (personnes âgées, handicapés, familles monoparentales, etc.). or, être pauvre, c'est souvent devoir vivre dans un logement et le milieu où l'on se sent plus en sécurité, faute de pouvoir choisir. C'est aussi être confiné au statut de locataires. Ce statut, en plus de comporter moins de garantie de médecine dans les lieux (libre de trouble de droits et de fait, sécurité d'occupation), ouvre davantage la voie à certaines pratiques relativement courantes de harcèlement et d'intimidation qu prennent plusieurs formes et qui touche plus particulièrement la femme locataire : visite impromptu est fréquent du propriétaire ou du concierge, remarque à caractère sexuel, refus de faire a réparations, etc.[3] ».

« Le logement est d'abord un abri, mais il est beaucoup plus que cela : c'est le coeur d'une réalité complexe à partir de laquelle la vie tout simplement, puis la vie en société, devient possible. À tel point que lorsqu'une personne n'arrive plus à se loger, elle tombe dans la catégorie la plus démunie et la plus extérieure à la société qui soit, et souvent, à brève échéance, à la vie même : celle des sans-abri. Le logement c'est le lieu de la vie privée, de l'intimité : c'est souvent le seul lieu véritablement à soi. C'est aussi le lieu de la famille, de l'enfance, des expériences et des souvenirs de base, le lieu de l'apprentissage des valeurs et du développement de la personnalité.

Mais c'est aussi le point d'insertion dans un ensemble plus vaste : le logement situe les individus dans un environnement, un quartier avec ses services, ses écoles, les possibilités qu'il offre d'accéder au travail, à une vie sociale élargie. Enfin, on reconnaît le rôle central, pour l'insertion sociale et le développement d'un contrôle sur ses conditions de vie, de l'acquisition d'une autonomie résidentielle[ii] ».

Pour le logement, représente donc un enjeu social important. Les conditions de logement de certaines catégories sociales gagneraient à être analysées sous cet angle. Le logement représente un enjeu important en matière de lutte à la pauvreté et d'intégration sociale de ces personnes. « **L'abordabilité** » des logements est un critère de première importance, mais qui ne doit faire aucune concession aux autres critères de respect aux normes réglementaires municipale en matière de sécurité, de salubrité, d'habitabilité, et de zonage ou de l'application des lois d'ordre public de protection sous la juridiction de la RDL?

Par ailleurs et malheureusement dans la ville de Montréal, plusieurs personnes sont à faible ou très faible revenu et nous craignons que la stratégie telle que proposée actuellement par les divers intervenants clefs ne favorise pas suffisamment le développement de logements sociaux, ni la défense des droits en matière de logement.

Comme le mentionne bien la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse (CDPDJ), qui demande aussi que le droit au logement soit inscrit formellement dans la Charte québécoise des droits et libertés, le

[ii] Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse, « Pauvreté et droit à l'égalité dans le logement : une approche systémique », avril 1997.

logement : « *c'est le lieu privilégié de la vie privée, de l'intimité : bien souvent, c'est le seul lieu véritablement à soi. C'est aussi le lieu de la famille, de l'enfance et des premiers souvenirs, le lieu de l'apprentissage des valeurs et du développement de la personnalité. Mais c'est également le point d'insertion dans un ensemble plus vaste : le logement situe les individus dans un environnement, souvent un quartier et ses écoles, les possibilités qu'il offre d'accéder à un travail, à une vie sociale élargie. Le logement est donc beaucoup plus que le simple fait d'avoir un toit au-dessus de sa tête : c'est le coeur d'une réalité complexe, à partir duquel la vie, tout simplement, puis la vie en société, devient possible.* »

Plus qu'un toit, le logement représente la stabilité et la sécurité. Des conditions de logement satisfaisantes peuvent constituer un tremplin permettant d'atteindre d'autres objectifs que ce soit sur le plan professionnel, familial ou communautaire.

Se loger constitue donc au même titre que se nourrir et se vêtir, un besoin essentiel[iii].

LA SANTÉ MENTALE ET LE LOGEMENT

Les attitudes, croyances et craintes envers les gens ayant un vécu en santé mentale entravent le processus d'intégration sociale de ces personnes[4].

Depuis l'avènement de la désinstitutionalisation dite « **sauvage** » des personnes vivant une problématique de « **maladie mentale** », l'État s'étant « **décharger** » d'un cohorte d'individu ayant des besoins spécifiques.

LES PERSONNES HANDICAPÉS

« *L'accessibilité à la justice est particulièrement importante pour les personnes handicapées qui rencontrent plusieurs obstacles dans l'exercice de leurs droits. En effet, outre le fait qu'elles doivent composer avec leurs incapacités, plusieurs d'entre elles sont défavorisées sur le plan économique et sont aux prises avec des difficultés d'apprentissage et de scolarisation. (OPHQ; 2003)* »

LA PRÉCARITÉ RÉSIDENTIELLE ET L'ITINÉRANCE

Deux catégories de personnes et de ménages ressortent clairement du marché locatif comme étant très vulnérable à la discrimination dans le secteur du logement. La première est identifiée par le motif « **condition sociale** », et la seconde par l'ensemble des motifs « **race, couleur, origine ethnique ou nationale** ». La réalité des demandeurs de logement à faibles revenus est particulièrement difficile[5].

La pauvreté est directement responsable de la vulnérabilité et de la précarisation au regard du logement[6]. De plus, les ménages pauvres ne disposent pas des revenus suffisants pour remplacer la production domestique. L'une des réalités de l'itinérance est la précarité résidentielle. L'accès à un logis décent constitue l'objectif principal de la lutte contre l'itinérance et le« nomadisme ». L'absence de ressources financières suffisante et la pénurie de logements réduisent considérablement le choix de logement[7]. L'accès à un logement décent et à des coûts raisonnables est un élément clé aux efforts de lutte contre la pauvreté.

Les personnes assistées sociales semblent être victimes de préjugés généralisés[8] et répandus (personnes paresseuses, personnes fraudeuse ou voleur, personnes ignorantes, personnes vivantes au crochet de la société, personnes a exterminée si elles volent pour se nourrir, personne malade mentale, personne facilement exploitable, etc.). Ces préjugés peuvent d'ailleurs se transformer en discrimination[9,10]. Les propriétaires de logement du marché locatif ordinaire sont plutôt réticents à offrir leurs logements à des personnes ayant un problème de santé mentale[11]. De plus, l'obligation de remplir le formulaire de preuve de résidence pour les prestataires d'assistance sociale, au lieu d'accepter une copie du bail, a pour effet d'exposé le prestataire à l'exclusion sociale.

[iii] Bien que le droit au logement ne soit pas codifier dans les lois québécoises, il convient de prétendre que le logement est un besoin essentiel, et que le législateur désire protéger la partie dont le rapport de force est défavorisé.

Chaque année, entre 30 000 et 37 000 locataires sont évincés comme suite à une décision pour défaut de paiement du loyer. Lorsqu'un propriétaire a le choix entre un ménage à faible revenu ou un ménage avec des revenus plus élevés, celui-ci choisira systématiquement le ménage avec des revenus plus élevés. Quand, à la supposée étude que les corporations de propriétaires brandissent pour clamer que les personnes assistées sociales leur devraient annuellement 87 millions de dollars, il s'agit plutôt d'un sondage datant de 1993. Après analyse de l'enquête en 1998, la CDPDJ avait émis un sérieux doute sur la valeur de l'étude particulièrement en raison de la méthodologie[12].

Les éléments qui semblent faire consensus dans la littérature sur les causes structurelles du phénomène de l'itinérance sont la crise du logement (resserrement du marché locatif résidentiel « bas de gamme ») et l'application des politiques sociales[13]. Le logement est un facteur d'appartenance au plus haut degré, il est notamment un élément irremplaçable de l'intégration socioéconomique. Le phénomène de l'itinérance ne peut se ramener entièrement à celui de la crise du logement, bien que cette dernière n'y soit pas étrangère.

Depuis de nombreuses années, des propriétaires briment l'accès au logement par la discrimination et la collecte abusive de renseignements personnels. Outre le coût des loyers qui est l'obstacle premier à l'accès au logement, les locataires font face à de nombreuses embûches lors de la recherche d'un logement : discrimination directe, formulaire de demande de renseignements personnels, enquête de crédit, frais pour l'étude du dossier, visites de groupe, etc. Les ménages à faible revenu, particulièrement les personnes assistées sociales, en sont les premières victimes[14].

LE BESOIN D'UNE INTERVENTION CONTINUE EN LOGEMENT

Il semble qu'il manque une certaine continuité entre l'ensemble des interventions communautaire en matière de logement concernant les personnes défavorisées. En outre, l'environnement communautaire favorise davantage le parcours d'un « circuit » des ressources plutôt que la participation à une progression dans l'hébergement et la défense des droits qui peut conduire vers l'autonomie. L'importance devrait ici être la gradation de l'intervention qui favorise l'apprentissage de l'autonomie.

Les types d'aide offert par les organismes d'hébergement sont les suivants :

- Les services de première ligne correspondent à l'aide d'urgence ou encore à ce que certains appelleront « aide de dépannage ». Généralement, cette aide se situe entre 1 à 5 jours et ne dépasse jamais une semaine.

- Les services de 2e ligne correspondent à une aide de quelques jours à maximum un an. Les ressources développent alors différents plans d'intervention qui vont du répit à la thérapie en toxicomanie.

- Les services de 3e ligne, correspondent à une aide de longue durée dans laquelle la question du logement est intégrée dans l'intervention. Il s'agit le plus souvent d'appartements supervisés.

Seuls quelques organismes présentent une offre de service offrant un suivi « post hébergement » qui permet de réaliser progressivement le passage du jeune à l'autonomie. Ainsi, la continuité des interventions pour soutenir le passage vers l'autonomie résidentielle prémunissant de la précarité résidentielle.

LES MAISON DE CHAMBRES

Avant la réforme de 1979, une maison de chambres n'était pas un logement, étant expressément exclue de l'application du louage résidentiel. Une maison de chambres est certes destinée à des fins commerciales, mais il n'empêche pas qu'elle est aussi un lieu destiné à l'habitation. C'est pourquoi, l'exclusion ait disparu et le texte de l'article 1892 du Code civil du Québec comme celui de l'article 1650 de l'ancien code depuis la réforme de 1979 jusqu'à celle de 1991, est assez large pour inclure la location d'une maison de chambres dans le louage résidentiel.

SOMMAIRE

Les maisons de chambres constituent l'un des types de logement les moins onéreux dans la plupart des villes et contribuent considérablement à répondre aux besoins de logement des personnes seules à très faible revenu[15].

Les locataires des **maisons de chambres** sont souvent vulnérables, très pauvres et généralement isolés, voire marginalisés. « *Certains propriétaires capitalisent sur leur vulnérabilité.* » Les locataires occupant seulement une chambre, communément appelés « **chambreurs** », constituent une catégorie de locataires particulièrement vulnérables aux abus de certains locateurs. **La maison de chambres** est un endroit où plusieurs personnes *malades mentales* se retrouvent, surtout en milieu urbain, après leur hospitalisation (Morin et collab., 2003 :35), Pourtant **les maisons de chambres** sont reconnues comme des logements n'offrant généralement aucun support et n'étant pas orientées vers *la réhabilitation* (*Idib.*).

Il est heureux qu'ils soient couverts de deux manières par les dispositions impératives du droit sur le louage résidentiel : directement en leur qualité de sous-locataires dans leurs rapports avec l'exploitant de la maison de chambres, et indirectement par le biais des rapports entre le propriétaire et l'exploitant. En effet, l'exploitant de la maison de chambres peut lui-même exiger de son propre locateur le respect des normes d'habitabilité. Dans ce domaine particulier, ou la violation de la loi est si courante, deux précautions valent mieux qu'une.

LES RÈGLES D'ORDRE PUBLIC DE PROTECTION

L'habitation peut sans contredit être qualifiée comme constituant un besoin fondamental de toute personne humaine. Conscient de la primauté de ce besoin et de la position de vulnérabilité dans laquelle se trouvent les personnes en quête de logement, le législateur québécois a, par l'entremise des règles du louage résidentiel prévues au *Code civil du Québec*, fourni un encadrement normatif destiné à rétablir un certain équilibre dans les relations locateur et locataire. Le législateur a, à cette fin, attribué un caractère impératif à un certain nombre de ces règles un caractère d'ordre public, interdisant ainsi toute clause à l'effet contraire pouvant être contenue dans un bail de logement.

Les règles impératives ou d'ordre public en matière de louage résidentiel sont énumérées à l'article 1893 du Code civil du Québec (C.c.Q.). La majorité des dispositions actuelles sur le louage résidentiel peuvent aisément être qualifiées de mesures d'ordre public de protection. Certaines se trouvent dans le Code civil, d'autres, dans certaines lois particulières. On peut citer, parmi les plus remarquables, le régime du maintien dans les lieux, celui du contrôle du loyer, l'ensemble des obligations impératives du locateur relatives au bon état d'habitabilité des lieux et la série d'interdictions de pratiques contractuelles abusives ou discriminatoires.

D'abord, quand une **règle d'ordre public de protection** a été violée, le recours en nullité relative — ou tout autre recours approprié — appartient seulement au contractant que la loi veut protéger.

En second lieu, la personne protégée peut renoncer expressément ou tacitement à la règle, mais à une condition précise : la renonciation ne peut avoir lieu avant que la partie protégée puisse faire un choix éclairé entre la protection que lui accorde la loi et les avantages qu'elle peut obtenir du cocontractant en échange de la renonciation à cette protection.

REGLES DE L'EXCEPTION D'INEXECUTION

L'exception d'inexécution constitue essentiellement un moyen de défense à une demande en justice, instituée contre le contractant qui est lui-même victime d'une faute contractuelle;elle n'a pas pour effet, au contraire de la résolution, d'éteindre les obligations contractuelles réciproques des parties et de disposer de leurs droits. Elle ne peut pas non plus être invoquée pour se libérer d'une clause d'un contrat. Elle permet simplement la suspension de l'exécution de l'obligation du contractant qui l'invoque, jusqu'à l'exécution de l'obligation réciproque, laissant donc ouverts, en cas d'inexécution fautive, tous les recours prévus par la loi. Lorsqu'elle réussit, cette défense entraîne le rejet de l'action, sous réserve du droit du demandeur d'instituer une autre action quand il aura exécuté, ou au moins dûment offert d'exécuter son obligation.

Selon la doctrine moderne, la nullité relative protège l'intérêt privé et particulier (art. 1419, C.c.Q.) et elle est demandée par la partie dont l'intérêt est protégé (art. 1420, C.c.Q.). Ainsi, les vices de consentement appellent une nullité relative (art. 1419, C.c.Q.).

La nullité absolue protège l'intérêt général (art. 1417, C.c.Q.) et peut-être, demander par les deux parties. Le caractère de la nullité dépend donc de la nature des intérêts protégés par la règle enfreinte.

Les nullités relatives sont prononcées par le juge. Ensuite, elles mettent fin au contrat pour l'avenir et détruisent ses effets pour le passé. Le contrat frappé de nullité est réputé n'avoir jamais existé et il y a remise en état des parties (art. 1422, C.c.Q.). Les règles relatives à la restitution des prestations s'appliquent alors (art. 1699 et s. C.c.Q.).

Les nullités peuvent être invoquées soit par une action directe pour faire prononcer la nullité, soit par voie d'exception lorsque l'autre partie intente le recours.

En principe, la nullité relative ne peut être invoquée que par la ou les seules personnes que la loi entend protéger, à savoir, les locataires. Ainsi, les vices de consentement ne peuvent être soulevés que par la partie victime de ceux-ci (art. 1419, C.c.Q.). En cas de vices de consentement (erreur simple ou provoquée, crainte, ou lésion) ou en cas d'inaptitude à consentir (art. 1398, C.c.Q.), il convient d'appliquer la nullité relative (art. 1419, C.c.Q.).

DYNAMIQUE PARTENARIALE ENTRE INTERVENANTS CLEFS

NECESSITE D'UNE NOUVELLE DYNAMIQUE PARTENARIALE DANS L'APPLICATION DES LOIS D'ORDRE PUBLIC DE PROTECTION EN MATIERE LE LOUAGE RESIDENTIEL

En juin 2004, conjointement, la Direction de la santé publique de Montréal et la Direction de l'habitation de la Ville de Montréal publiaient une étude intitulée « Localisation et ampleur des conditions d'habitation problématiques à Montréal[16] ». L'étude se terminait par une croyance que Le signataire estime excessivement probante :

> *« En conséquence, nous croyons que l'approche avec intervenants clés devrait être poursuivie pour mieux identifier les secteurs où il peut exister des conditions de logement problématiques ainsi que la nature des problèmes présents dans les immeubles à risque. Cette approche a également l'avantage de permettre aux intervenants clés de mieux se connaître et d'établir des meilleurs liens de collaboration[17].»*

En outre, l'étude établissait la liste des principales observations des intervenants-e-s clés des trois quartiers[18].

LE RAPPORT A L'ÉTAT : DE LA CONCERTATION AU PARTENARIAT

Le défi ultime des rapports avec l'État d'un organisme communautaire consiste donc à garder un recul critique, à rester autonome et fidèle à une mission de changement social tout en laissant les portes ouvertes à une collaboration qui peut permettre d'avancer de façon alternative de définir les situations et d'élaborer des solutions dans le respect des principes et des valeurs fondamentales de l'action sociale et communautaire.

CONCLUSIONS

On devrait donc s'inquiéter que chez certains « groupes sociaux », une proportion importante de ménage consacre plus du tiers, parfois plus de la moitié de leurs revenus aux dépenses de logements. À ces difficultés économiques viennent souvent s'ajouter diverses formes d'exclusion qui a augmenté les difficultés que rencontrent certains ménages pour se loger. Par ailleurs, « le resserrement du marché » et « la pénurie » de logements « bas de gamme » contribuent au phénomène de « la précarité résidentielle », du « nomadisme » et de « l'itinérance ».

SOMMAIRE

Dans ce papier, le signataire s'intéresse spécifiquement au « **locateur récalcitrant**[iv] ». Ultimement, dans la version final de ce rapport, il sera possible de dégager les concepts et les notions de « violence psychique », de « **tentative de meurtre psychique** » et de « **meurtre psychique** ».

Pour cette version, nous proposons d'éclairer le phénomène du « **locateur récalcitrant** », qui je suis sure, a été observer par le SVPM sous d'autres perspectives.

Ce document vise donc à permettre une démarche de « **conciliation** » entre « **la perception policière** » et « **la perception du signataire** » concernant le phénomène de « **violence psychologique et morale** » et de « **la manipulation pathologique** » dans le cadre de la dynamique relationnelle locateur/locataire afin d'orienter et de guider une réflexion et de mener une action correctrice au moyens d'une méthode d'intervention probantes et optimales.

Bibliographie sélective

Office des personnes handicapé du Québec (1984). « *À part égal, l'intégration des personnes handicapées : un défi pour tous* », chapitre 11 : « *les ressources résidentielles* », p. 171-183.

Roberge, Anne (1991). « *Les personnes seules et les familles monoparentales : l'émergence de nouveaux besoins résidentiels ?* », Société d'habitation du Québec, direction de l'analyse et de la recherche, édition révisée, Québec (1er édition 1989).

Société canadienne d'hypothèques et de logement (1991). « *Les besoins impérieux de logement au Canada* ».

[iv] Le locateur récalcitrant peut être « *un pervers narcissique* », « *un hyper-manipulateur* », etc.

LES PERSPECTIVES SUR LE MARCHE DU LOUAGE RESIDENTIELLE

Analyser de façon probante la question du logement locatif (marché du louage résidentiel « bas de gamme » au Québec) n'est évidemment pas un exercice facile. Il est néanmoins important de présenter un aperçu général de la crise et d'expliquer sommairement le fonctionnement normal du marché du logement locatif.

Depuis les années 1990, on a vu le taux d'inoccupation des logements locatifs passer de presque 8 % sous la basse des 1.5 %. On dit généralement qu'un marché est équilibré quand le taux d'inoccupation est de 3 %. Malheureusement, ce taux de 3 % n'informe pas quant au prix des logements, le taux d'effort consenti par les ménages locataires, ou encore, la condition des logements dont il est question.

Pour expliquer l'ampleur et la rapidité d'un tel revirement, il faut remonter aux causes du phénomène, qui sont à la fois conjoncturelles et structurelles et qui relèvent de la structure démographique du Québec du contexte économique qui y prévaut depuis quelques années et d'une longue tradition d'intervention étatique en habitation dont le contrôle des loyers demeure la pierre angulaire.

La rareté des logements est plus marquée encore dans certains secteurs de la Ville de Montréal et est particulièrement criante en ce qui concerne les logements peu dispendieux.

Sur le territoire de la Ville de Montréal, 7,5 % de tous les logements privés occupés, soit 105 895 unités, avaient besoin de réparations majeures en 2000[v]. Cette proportion s'élève à 8,2 % pour les logements loués (58 205 unités)[vi].

« Le marché du logement est comme un échiquier. Repérer un problème dans une case, un segment du marché, ne signifie pas qu'il faut intervenir uniquement sur cette case. Il faut tenir compte des autres mouvements. Le logement social ou le logement abordable doivent être considérés dans l'ensemble du marché[19]*. »*

Perspective sur le marché locatif résidentielle « bas de gamme »

DE LA PÉNURIE ET DE LA « CRISE DU LOGEMENT » : LE RESSERREMENT DU MARCHÉ LOCATIF RÉSIDENTIELLE « BAS DE GAMME »

Le terme « ***pénurie de logements*** » fait référence à un déséquilibre général entre l'offre et la demande de logements locatifs. Le terme « ***crise du logement*** », plus inclusif, fait référence à un ensemble problématiques, notamment la pénurie de logements, la grande part budgétaire consentie par les ménages à faible revenu pour se loger, la discrimination, la manque de logements sociaux, le mauvais état des logements, etc.

En l'espace d'une dizaine d'années, le marché du logement locatif au Québec est passé d'une situation favorable aux locataires à une pénurie qui semble s'être installée à demeure. Si les principaux symptômes du « malaise locatif » sont désormais bien connus, il n'y a cependant pas de consensus sur les causes du problème et les solutions à y apporter.

[v] Statistique Canada, Recensement 2001.
[vi] (C) Gouvernement du Québec (2003)., « Pour un logement plus accessible : Vers une société plus humaine », p. 4.

Selon plusieurs experts, la crise du logement s'avère être plus spécifiquement une crise du logement abordable. Le poids du logement dans la dynamique de la pauvreté est particulièrement significatif et exige une attention particulière. Les grandes inégalités constatées dans l'accès au logement s'accompagnent de chances inégales d'intégration sociale. La disponibilité des logements moins dispendieux demeure plus faible que dans le segment « haut de gamme »[20].

En effet, c'est dans les logements de deux chambres à coucher haut de gamme (900 $ et plus par mois) que le taux d'inoccupation est le plus élevé (3,3 %). Il est, depuis 2003, au-dessus du seuil de 3 %. C'est le marché des logements de milieu de gamme (600 $ à 899 $) qui s'est amélioré de façon moins marquée pour atteindre 2 %. En ce qui concerne les logements moins dispendieux (moins de 600 $), la situation s'est peu améliorée et demeure très tendue aux alentours de 1 %[21].

À titre d'exemple, à Montréal, selon la SCHL, le taux d'inoccupation des logements « haut de gamme[vii] » en octobre 2003 était à 3,5%, ceux de « moyenne gamme [viii]» à 1,2% et ceux de « bas de gamme » à 0,4%.

DU CHOIX AU LOGEMENT DÉCENT

Le resserrement du marché du louage résidentielle « bas de gamme » ou « Le choix » du logement s'avère un concept plutôt « virtuel » que concret : qui n'existe en fin de compte qu'à l'état de possibilité (possible ou potentiel) pour les personnes vivant sous le seuil de la pauvreté et/ou une problématique de santé mentale, compte tenu de l'état du marché du louage résidentielle « bas de gamme ».

La pénurie de logements (le resserrement du marché locatif résidentielle) offerts en location des dernières années a sûrement favorisé la location de logements dégradés qui trouvaient facilement preneurs. Certains entrepreneurs bailleurs ou locateurs profitent souvent de la vulnérabilité des locataires et se permettent d'esquiver le respect des normes règlementaires grâce à l'inefficacité des recours. Ainsi, les délais à la Régie du logement pour obtenir que les travaux soient exécutés ou pour que le locataire soit compensé pour la perte de jouissance n'encouragent pas les locataires à utiliser les recours juridiques.

DE L'ACCÈS AU LOGEMENT

Les ménages à faibles revenus n'ont pas les moyens de payer un surcoût pour obtenir un logement ou de louer un logement de « moyenne gamme » si aucun logement « bas de gamme » n'est disponible. Plusieurs ménages très pauvres ont même de la difficulté à trouver des logements abordables dans le « bas de gamme », voire dans les logements insalubres. Cette caractéristique des ménages faits en sorte que c'est toujours les plus démuni qui font les frais d'une pénurie de logements « base de gamme ».

Perspective sur le rapport de force entre locataire et propriétaire

EN GÉNÉRAL

Le contrat est l'émanation et l'expression de la volonté des parties: c'est cette caractéristique qui lui confère son autorité et sa force obligatoire. La fermeté de l'engagement contractuel constitue un gage de sécurité pour les parties.

[vii] Logement dont le loyer mensuel est de 900 $ et plus.
[viii] Logement dont le loyer mensuel est de moins de 600 $ par mois.

L'exigence de la bonne foi (et la condamnation de l'abus de droit) est désormais codifiée aux articles 6, 7 et surtout à l'article 1375 C.c.Q. Ainsi, les tribunaux québécois en sont venus à évaluer non seulement la légalité stricte du contrat, mais également les circonstances de sa mise à effet.

Le bail résidentiel, à toutes les étapes de son existence, est assujetti de façon toute particulière à la règle de la bonne foi. En effet, ce contrat établit les conditions relatives à la satisfaction d'un besoin fondamental, l'habitation. Il comporte des obligations diversifiées qui sont, par surcroît, exécutées de façon successive.

Il est d'ailleurs souvent impossible de retrouver une preuve écrite fiable pour régler les conflits qui surviennent en cours d'exécution : le bail lui-même est verbal dans de nombreux cas. Dans ce contexte, l'exigence de la bonne foi a l'insigne avantage d'être une notion simple et universellement acceptée: son sens est équivalent en droit et dans la vie courante. De plus en plus, elle constitue la clef de voûte pour la solution de litiges portant sur le droit du logement. Et elle réfère à des normes et pratiques liées aux activités locatives résidentielle.

LE RAPPORT DE FORCE

« Le rapport de force » issue du resserrement du marché locatif entre les locataires et les locateurs (propriétaires, concierges, mandataire...) est l'un des éléments essentiels et fondamentaux de la dynamique relationnelle entre ces derniers.

« *On prend conscience que l'habitation est un besoin fondamental de la personne, lequel, dans certains cas, ne peut être satisfait sans l'aide de l'état. Le "droit" à un logement décent et à un prix raisonnable et adéquat vient souvent en contradiction*[22] » avec la conception capitaliste sauvage, relevant pratiquement de l'exploitation et de l'enrichissement indu. L'inégalité des rapports de force entre locateur et locataire est donc reconnue et, pour éviter que le contrat de bail d'un logement en soit un de pure adhésion, des règles particulières encadrent rigoureusement ce contrat.

Pour le signataire, la rareté des logements ne devrait pas affecter l'efficacité d'une démarche de défense des droits du locataire ni celle de l'application des législations ou des normes réglementaires. De surcroît, cette rareté ne devrait pas mener à une dégradation inéluctable du parc immobilier. « En effet, de nombreux ménages à revenus faibles ou modestes éprouvent toujours des difficultés à trouver un logement adéquat à cause d'une offre de logements insuffisante et parce que leurs revenus leur permettent difficilement de payer un loyer élevé. De plus, il importe de favoriser l'accessibilité à des logements locatifs privés qui conviennent à la situation des ménages de la classe moyenne[23] ».

Il faut donc distinguer les phénomènes de rareté des logements, et celui de l'application des lois en matière de logement. Pour le signataire, la rareté relève de la difficulté d'accès alors que l'application relève du respect de conformation des lois et règlements en matière de louage d'habitation. Pourtant, ce sont ces personnes à revenue modeste ou faible qui nécessitent le plus de faire valoir leurs droits de locataires. Également, ce sont aussi ces personnes qui constituent une clientèle de choix pour les services d'aide juridiques.

N'est-ce pas par **contrat social** que nous avons décidé de faire du **« droit au logement »**, donc forcément à l'accès au logement, un des droits fondamentaux de l'individu?

LOIS D'ORDRE PUBLIC DE PROTECTION : NATURE SOCIALE DU LOUAGE RÉSIDENTIELLE

Une loi proprement constituée permettra de conserver un rapport de force équitable malgré les risques naturellement encourus d'une activité économique qui relève aussi d'un rapport intimiste puisqu'est concerné un besoin aussi fondamental que le logement. C'est donc un autre élément fondamental de **« la dynamique relationnelle »** entre locateurs et locataires.

NATURE SOCIALE DU LOUAGE RESIDENTIELLE

Selon le signataire, la nature de la clientèle fait partie de l'ensemble des risques d'une activité économique auxquelles un locateur doit faire face. La dimension sociale s'ajoute donc puisque « *le Code civil* » et « *la loi sur la Régie du Logement* » contiennent de nombreux articles *d'ordre public de protection*[ix].

En effet, les articles 1892 à 2000 C.c.Q[24]. S'appliquent aux baux résidentiels et sont des règles d'ordre publiques (art. 1893, C.c.Q.), de même que les dix-huit dispositions énumérées par l'article 1893 C.c.Q. Le marché du louage est un marché captif et dans ce contexte le locataire risque d'être à la merci du locateur, d'où la nécessité d'équilibrer **les rapports de force** par *des règles d'ordre public*, bénéficiant surtout aux locataires. Il s'agit d'un ordre public de protection, dont la dérogation n'est sujette qu'à la nullité relative.

Ainsi, le législateur désirait maintenir un équilibre dans **le rapport de force** entre les locataires et les locateurs, puisqu'en fait, **le droit au logement** (ou droit du louage d'habitation) qui a été codifié trouve ainsi un appui important.

UNE PROTECTION ET UNE JUSTICE SOCIALE

La dimension sociale existe donc puisqu'en relation avec le droit à un logement en conformité à différentes réglementations et appuyé par des articles de loi d'ordre public de protection. Il est donc clair que la population vivant sous le seuil de la pauvreté nécessite une protection dite « **sociale** » afin d'éviter que ces derniers subissent des injustices affectant irrémédiablement leurs droits au logement.

Le signataire vise à mettre en évidence qu'une action énergique correctrice de l'application des normes réglementaires municipales est la pierre angulaire d'une démarche de défense de droit des locataires. Cette action correctrice permettrait d'éviter des écueils majeurs menant à d'intenses frustrations et injustices. L'effort considérable que nécessite une telle démarche en décourage plus d'un.

De plus, le signataire ose avancer qu'une bonne partie des personnes vivant une problématique de logement ne savent même pas de quoi exactement se plaindre. Pour les chanceux, le problème est évident et aisé à démontrer, mais pour d'autres, dans les cas de harcèlement, il n'y a point d'espoir.

En outre, beaucoup de petits propriétaires profitent de la rareté de l'offre pour s'improviser locateurs et transformer un logement en maison de chambre « **virtuelle** », qui n'existe que dans l'esprit des contractants, alors qu'en fait, cette dernière n'est même pas conforme aux normes réglementaires municipales ou à la législation sous la juridiction de la RDL. Ces propriétaires exploitent donc une activité locative illicite, au mépris des normes réglementaires, sachant qu'ils n'encourront que peu de répercussions, si ce n'est, que leur fourberie soit mise à découvert. Certains locateurs use de stratégies élaborées qui, lorsque la tromperie est révélée, réussissent à se faire percevoir comme victime innocente des circonstances. Certain locataire use de stratégies de représailles ou de menaces afin de « **contenir** » le mécontentement des locataires. D'autres, les « **bougon** » locateur, n'hésite pas a utiliser la manipulation et la violence psychologique et morale afin de maintenir « **une hégémonie** » leur permettant de garder secret leur fourberie, et de contrôler et d'écraser toute dissidence ou révolte : une plainte aux instances appropriés.

Il est donc plus « **hasardeux et scabreux** » pour un locataire d'exposer une fourberie du locateur qu'il est périlleux pour le locateur de subir les conséquences légales des infractions commises.

[ix] Le droit positif récent a quelque peu atténué la sévérité de cette notion. On établit désormais une distinction entre l'ordre public de direction et l'ordre public de protection. L'ordre public de direction concerne les principes et les politiques de l'État: aucune dérogation n'est admise et la nullité est absolue (art. 1417 C.c.Q.). Au contraire, le bénéficiaire de l'ordre public de protection peut y renoncer, lorsque la mesure de protection est devenue actuelle. Dans ce cas, aux termes de l'article 1419 C.c.Q., la nullité est relative.

ÉCUEILS DU RAPPORT DE FORCE

Le poids du logement dans la dynamique de la pauvreté est donc particulièrement signification et exige une attention particulière. Les grandes inégalités constatées dans l'accès au logement s'accompagnent de chances inégales d'intégration sociale.

LES EMBARRAS ET LE FARDEAU DE LA DEMARCHE D'UN RECOURS A LA REGIE DU LOGEMENT

Selon certains organismes communautaires en matière de défense des droits de locataires, la croissance et l'importance des dossiers qu'ils ont à traiter constituent leur défi le plus grand. Ils soulignent qu'avant, le temps normal qu'ils consacraient était de deux à trois heures à la solution d'un dossier, alors que présentement ils doivent y mettre entre six et sept heures, parfois même plus encore. Ils soulignent aussi que les CLSC, alors que le marché du logement était plus facile, s'occupaient de trouver un logement aux handicapés ou aux personnes nécessitant une présence. Or, il semble qu'avec le resserrement du marché la difficulté de trouver un logement pour ces personnes, qui sont d'ailleurs de plus en plus nombreuses, fait que le CLSC n'aurait plus les ressources pour traiter ces dossiers et qu'il les dirigerait vers ces associations.

Il semble aussi qu'en période de resserrement du marché les temps d'attente des décisions de la Régie pour des dossiers introduits par les locataires sont de plus en plus longs et de moins en moins acceptables pour le locataire. C'est l'Association qui doit soutenir, sinon financièrement, du moins moralement, le locataire. Ils soulignent encore l'importance accrue des situations de découragement des locataires qui subissent du harcèlement de leur propriétaire actuel ou de la discrimination au moment de la recherche d'un nouveau logement. Ils soulignent enfin que plusieurs locataires, qui se sentent lésés (surtout les personnes âgées), n'osent plus porter plainte ni devant la Régie ni devant la Commission, de peur de représailles et de perdre leur logement.

L'ATTITUDE DE CERTAINS PROPRIETAIRES/LOCATEURS EN PERIODE DE RESSERREMENT

« Lorsqu'il y a abondance de logements disponibles, on peut supposer qu'à défaut de s'entendre avec son propriétaire, le locataire pourra décider plus facilement de quitter les lieux et même dans certaines situations, de partir en douce sans payer les arrérages de loyer. Il pourra toujours se retrouver un logement. Par contre, en période de pénurie de logements, le propriétaire va avoir tendance à exiger davantage de son locataire (hausse de loyer, récupération de certains avantages, aucune tolérance) et va craindre de moins en moins de le perdre. Par conséquent, on peut s'attendre à ce que le propriétaire hésite de moins en moins à aller au bout de sa demande plutôt que d'accepter une solution de compromis[25]. »

« Le propriétaire veut profiter de la rareté des logements pour remplacer un locataire qu'il juge non désirable. Pour ce faire, il va utiliser tous les moyens possibles, comme des visites impromptues dans le logement, l'introduction de nouveaux règlements dans l'édifice concernant le bruit, les odeurs de nourriture ou autres, l'interruption de chauffage; il peut associer l'édifice à un endroit public pour interdire de fumer dans ses logements, etc. La liste de ces formes de harcèlement est longue. Les ménages les plus visés par ce type de harcèlement sont bien connus aussi : ménage monoparental avec chef de famille féminin, ménage avec enfants, sous le seuil ou près du seuil de pauvreté, ou encore ménage d'ethnie identifiable par la couleur, ou la langue, ou les coutumes, ou encore ménage de jeunes. Presque tous les problèmes de comportement des propriétaires face aux locataires déjà présents dans le logement rapportés dans les journaux, tant français qu'anglais, portent sur ce type de harcèlement.[26] »

LA PSYCHOLOGIE DU PROPRIETAIRE RECALCITRANT

Comme suite à l'inspection d'un logement, et comme suite à la constatation de non-conformité :

LES PERSPECTIVES SUR LE LOUAGE RÉSIDENTIELLE

- Certains inspecteurs dirigent les propriétaires vers les programmes de subventions à la rénovation. Les propriétaires futés savent que l'examen de leurs demandes va être long et que cela entraîne la suspension des procédures ;

- Certains propriétaires décident de se départir de leurs immeubles (le locataire repart à la case zéro) ;

- Certains propriétaires se spécialisent dans le roman fleuve (les ouvriers sont rares, je n'ai pas d'argent, la semaine prochaine tout va être fait, etc.) touchant la corde sensible de certains inspecteurs mais gagnant surtout du temps ;

- Certains propriétaires exercent des pressions auprès des locataires (harcèlement visant le départ du locataire, représailles, refus d'encaisser le loyer) ;

- Les plus expérimentés des propriétaires laissent aller les choses sachant très bien que plusieurs inspecteurs n'ont ni le temps ni le goût de poursuivre en Cour municipale ;

- Les plus expérimentés des propriétaires laissent aller les choses sachant très bien qu'un recours à la RDL s'avère pratiquement futile et impossible à réaliser ;

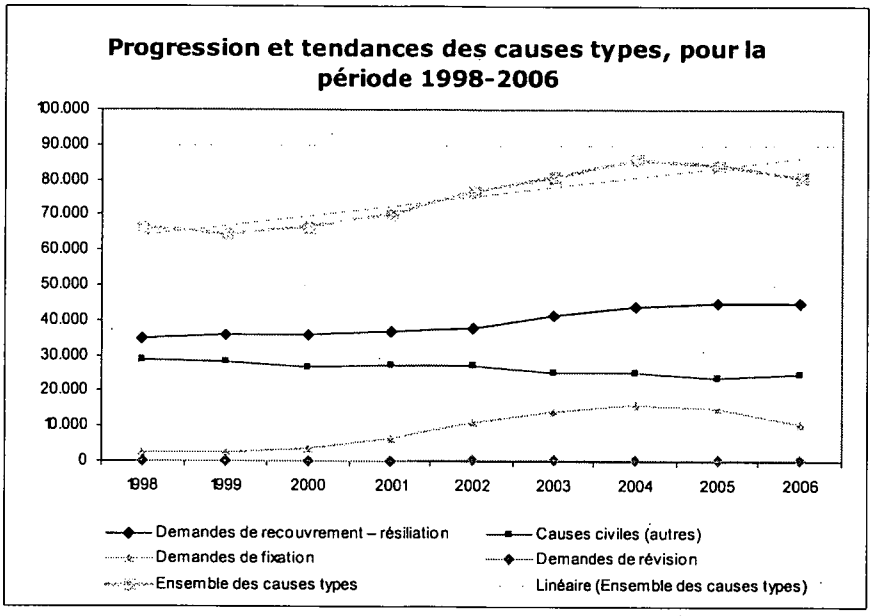
- Ces locataires peuvent ainsi se retrouver à la merci de leur propriétaire en ce qui a trait à la réception de leur courrier, ce qui peut leur créer de nombreux problèmes ;

- certains propriétaires particulièrement entreprenants, désirant libérer leurs logements de locataires défendant leur droit au maintien dans les lieux, ont intentionnellement procédé à l'enlèvement de la sortie de secours de leurs logements pour, par la suite, faire appel au service d'inspection de l'arrondissement, ou au service de prévention des incendies, afin de « sécuriser » les lieux, et ainsi se débarrasser de leurs locataires récalcitrants ;

Perspective sur la Régie du Logement

UN TRIBUNAL D'ACCÈS

Instituée en 1980, soit il y a plus de 25 ans, la RDL est un tribunal spécialisé exerçant une compétence exclusive en matière de bail résidentiel. La RDL a pour mission de décider des litiges relatifs à un bail d'habitation, d'informer les citoyens sur les droits et obligations découlant d'un bail de logement et de favoriser la conciliation entre propriétaires et locataires.



La RDL est composée de régisseurs, de greffiers spéciaux, de cadres, de juristes, de professionnels et de personnel technique et de bureau.

L'ADJUDICATION

La RDL voit à l'application de la législation et de la réglementation dans le domaine du logement locatif. Pour ce faire, elle applique un large éventail des dispositions du Code civil du Québec, notamment en matière de louage, de contrats, d'obligations, de prescriptions et de preuve, ainsi que certaines dispositions pertinentes de la Charte des droits et libertés de la personne.

LOIS ET RÈGLEMENTS SOUS LA JURIDICTION DE LA RÉGIE DU LOGEMENT

Dans la réalisation de sa mission, la RDL applique, en tout ou en partie, les lois et les règlements suivants:

- Loi sur la Régie du logement. L.R.Q., c. R-8.1

- Code civil du Québec, L.Q., 1991. c. 64
- Charte des droits et libertés de la personne, L.R.Q., c. C-12
- Charte canadienne des droits et libertés, dans Loi de 1982 sur le Canada (R.-U.), (1982. c. 11, annexe B, partie I)
- Charte de la langue française, L.R.Q., c. C-11
- Code de procédure civile, L.R.Q., c. C-25
- Loi sur les commissions d'enquête, L.R.Q., c. C-37
- Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels, L.R.Q.. c. A-2.1
- Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé, L.R.Q., c. P-39.1
- Loi sur la faillite et l'insolvabilité, L.R.C. (1985), c. B-3
- Loi sur le Barreau, L.R.Q.. c. B-1
- Loi sur la justice administrative. L.R.Q., c. J-3
- Loi sur la qualité de l'environnement, L.R.Q., c. Q-2
- Loi sur la sécurité dans les édifices publics, L.R.Q., c. S-3
- Loi sur le tabac, L.R.Q., c.T-0.01
- Loi sur la Société d'habitation du Québec, L.R.Q., c. S-8
- Règlement sur l'attribution des logements à loyer modique, (1990) G.O. II, 3507
- Règlement sur les conditions de location des logements à loyer modique. (2001) G.O. 3023
- Loi sur le bâtiment, L.R.Q., c. B-1.1
- Décret concernant le Code de construction, 8-1.1, r.0.01.01, (2000) G.O. II, 5418 et 5699
- Règlement d'application de la Loi sur le bâtiment, B-1.1, r.0.01, 1995 G.O. 1497
- Codes municipaux régissant la construction et l'entretien des bâtiments ou la qualité, la salubrité et l'habitabilité des logements.

Règlements en vertu de la Loi sur la Régie du logement L.R.Q., c. R-8.1

Règlements adoptés en vertu de R-8.1 de la Loi sur la Régie du logement:

- R-8.1, r.0.2
  Code de déontologie des régisseurs de la Régie du logement
  D. 1200-2002, 2002 G.O. 2, 7350

- R-8.1, r.1.01
  Règlement sur les critères de fixation de loyer
  D. 738-85, 1985 G.O. 2, 2305

- R-8.1, r.1.02
  Règlement sur les formulaires de bail obligatoires et sur les mentions de l'avis au nouveau locataire D. 907-96, 1996 G.O. 2, 4855

- R-8.1, r.2.1
  Règlement sur la procédure de recrutement et de sélection des personnes aptes à être nommées régisseurs à la Régie du logement et sur celle de renouvellement du mandat de ces régisseurs
  D. 299-98, 1998 G.O. 2, 1787

- R-8.1, r.5
  Règlement sur la procédure devant la Régie du logement Décision,
  92-11-23, 1992 G.O. 2, 6935

- R-8.1, r.5.1
  Règlement sur la rémunération et les autres conditions de travail des régisseurs de la Régie du logement
  D. 300-98, 1998 G.O. 2, 1791

- R-8.1, r.6
  Tarif des frais exigibles par la Régie du logement
  D. 519-97, 1997 G.O. 2, 2391

L'APPLICATION DE LA LÉGISLATION EN MATIÈRE DE LOUAGE

C'est dans un environnement en constante évolution, qui se traduit notamment par un accroissement de la complexité des causes à entendre, que la RDL exerce ses fonctions. Le resserrement du marché a provoqué une augmentation considérable des demandes sur les activités de la RDL à un point tel qu'elle a dû choisir de traiter en priorité les causes qu'elle juge les plus urgentes. Devant un tel volume et en l'absence de modifications législatives souhaitées, la Régie n'a pu contenir l'allongement des délais pour les autres causes. L'allongement des délais et le système de priorisation concourrent à la dérive de l'application des lois d'ordre public de protection. Ainsi, la RDL favorise activités locatives en réduisant les délais pour le non-paiement de loyer au détriment de l'application des lois d'ordre public de protection.

Dans son rapport annuel 2005-2006, la RDL affirme : « Il est indéniable que le phénomène de la rareté des logements exerce une influence sur le comportement des locataires et des propriétaires et conséquemment, sur la fréquence des recours au Tribunal pour régler les litiges. Par ailleurs, l'augmentation du nombre de ménages dont les ressources financières sont limitées pourrait être une des causes du fort volume d'entrée et de la récurrence des demandes liées au non-paiement du loyer. La Régie du logement, soucieuse d'accroître l'accessibilité à la justice, se doit d'innover pour augmenter sa capacité de traitement des demandes, notamment en accentuant l'offre en matière de conciliation. »

La RDL semble négliger certains phénomènes sociaux qui exacerberaient le fort volume d'entrée et de la récurrence des demandes liées au non-paiement du loyer. Beaucoup de locataire tente de se faire justice compte tenu de l'inefficacité et des difficultés d'accès au tribunal. Certains locateurs « **pervers narcissique** », « **manipulateur** » ou « **bougon** » utilise la propension d'un locataire à se faire justice en ne payant pas son loyer. La Régie affirme être soucieuse de l'accessibilité à la justice alors même qu'elle semble défavorisé l'application des lois d'ordre public de protection.

Malheureusement, depuis 2001, la pénurie de logements vient démontrer toute la faiblesse des mesures visant à respecter le droit au logement.

Perspectives sur les Normes réglementaires municipales en matière de logement

RÈGLEMENT SUR LA SÉCURITÉ, LA SALUBRITÉ ET LE ZONAGE

Il est à noter que là les normes réglementaires municipales en matière de logement relèvent depuis la fusion municipale des arrondissements. De façon générale les arrondissements ont reconduit les règlements existant dans les anciennes municipalités. Toutefois, en ce qui concerne le code du logement, celui-ci relève toujours de la ville centrale. Depuis 2002, chaque arrondissement a l'autorité de définir ce qu'est une maison de chambres sur son territoire et d'émettre ou non, puisqu'il peut interdire, un certificat d'occupation. Par contre, il existe une définition « panmontréalaise » montréalaise de ce qu'est une maison de chambre et celle-ci est utilisée pour des fins d'admissibilité et de calcul pour les programmes de subvention en habitation et pas le règlement sur la salubrité et l'entretien des logements. Donc, théoriquement, un propriétaire ne peut procéder à la réalisation d'une maison de chambres (à l'aide de subvention) si elle n'est pas autorisée dans son arrondissement.

Voici quelques règlements que Le signataire à colliger :

- Le règlement municipal sur le logement (R.R.V.M., c. L-1) ;
- Le règlement sur la salubrité et l'entretien des logements (règlement courant 03-096) : ces normes réglementaire vise à fixer des normes minimales relatives à la salubrité, à la sécurité et à l'entretien des logements ;
- Le règlement sur le bruit (R.R.V.M., c. B-3) ;
- Le règlement municipal sur la conversion des immeubles en copropriété divise (R.R.V.M., c. C-11) ;

LE RÈGLEMENT[27]

Le 16 juin 2003, le Conseil de la Ville de Montréal adoptait le nouveau Règlement sur la salubrité et l'entretien des logements (RVM 03-096).

Le contenu du Règlement sur la salubrité et l'entretien des logements (RVM 03-096) comporte donc deux volets : d'une part, il contient des normes minimales d'entretien et de salubrité (équipement de base d'un logement, dispositions spécifiques aux maisons de chambres, surfaces et hauteurs d'un logement, fenestration et éclairage, ventilation, résistance à l'effraction, etc.), et d'autre part, il prévoit une variété de moyens que peuvent utiliser les arrondissements pour faire corriger une situation dérogatoire (importantes amendes, évacuation d'un bâtiment ou d'un logement, intervention de la Ville en lieu et place d'un propriétaire, etc.).

Le règlement ne comporte pas de dispositions concernant la sécurité compte tenu de l'adoption prochaine, par la Régie du bâtiment du Québec, d'un Code provincial de sécurité, dont l'objet sera d'assurer la sécurité incendie dans tous les bâtiments existants, résidentiels ou non, érigés sur le territoire du Québec. Il ne comporte pas non plus de dispositions relatives à la propreté des aires extérieures, qui relèvent plutôt de la réglementation d'arrondissement sur les nuisances.

L'APPLICATION DU RÈGLEMENT[28]

L'application du règlement est déléguée aux arrondissements, en vertu des paragraphes a) et g) du paragraphe 2) du premier alinéa du Règlement intérieur de la ville sur la délégation de pouvoirs du conseil de la ville aux conseils d'arrondissement (RVM 02-002). Dans la plupart des arrondissements, ce sont les Divisions des permis et

inspections des Directions de l'aménagement urbain et des services aux entreprises qui sont responsables de l'application du règlement 03-096.

Le Service de mise en valeur du territoire et du patrimoine (SMVTP), et tout particulièrement le Bureau du patrimoine, de la toponymie et de l'expertise, supportent les arrondissements dans l'application du règlement.

La mise en application du règlement implique la collaboration d'un certain nombre d'acteurs qui agissent directement ou indirectement dans le processus d'amélioration de l'état des logements, tels que la Direction de la santé publique de Montréal, les associations communautaires en logement, et la RDL.

L'APPLICATION DU RÈGLEMENTATION PAR LES ARRONDISSEMENTS[29]

Le Règlement sur la salubrité et l'entretien des logements (RVM 03-096) a doté tous les arrondissements d'un cadre réglementaire leur permettant de mettre en oeuvre des stratégies de prévention, de répondre à des plaintes ou d'effectuer des interventions exceptionnelles. Dans le cadre de la mise en application du règlement, les arrondissements donnent suite aux plaintes reçues en effectuant des inspections, en transmettant des avis d'infraction et, le cas échéant, en émettant des constats d'infraction. Dans les cas où des propriétaires refusent d'effectuer les correctifs imposés, les arrondissements peuvent entreprendre des mesures exceptionnelles telles que la réalisation des travaux en lieu et place du propriétaire.

De façon générale :

6. une majorité d'arrondissements privilégient les inspections suite au dépôt d'une plainte ;

7. les arrondissements favorisent la négociation, en utilisant les outils disponibles dans le règlement plutôt que la voie des tribunaux (qui entraînent souvent des délais importants pendant lesquels perdurent les conditions d'insalubrité), afin de favoriser une prompte réalisation de travaux correctifs.

PROCÉDURE LIÉE À L'APPLICATION DU RÈGLEMENT SUR LA SALUBRITÉ ET L'ENTRETIEN DES LOGEMENTS[30]

Au cours des trois premières années d'application du règlement, le mode de gestion et les choix de procédures liées à l'application du règlement 03-096 ont grandement varié d'un arrondissement à un autre, chaque arrondissement agissant en fonction de la problématique et de la philosophie d'intervention propre à son territoire, d'autant que certains nouveaux arrondissements de Montréal avaient au moment de l'adoption du règlement une expérience beaucoup plus restreinte en matière de salubrité que les arrondissements de l'ancienne Ville de Montréal.

Toutefois, l'expérience acquise ainsi que les nombreuses heures de formation offerte aux inspecteurs ont permis d'établir une procédure d'application relativement uniforme sur le territoire municipal.

COLLABORATION AVEC INTERVENANTS EXTERNES[31]

COLLABORATION AVEC LA DSP DE MONTREAL

À la demande des arrondissements, la DSP de Montréal peut procéder à une inspection conjointe et émettre des avis concernant les risques sur la santé des occupants d'un logement pour les cas d'insalubrité.

COLLABORATION AVEC LES CENTRES DE SANTE ET DE SERVICES SOCIAUX (CSSS)

Les CSSS sont les interlocuteurs privilégiés des arrondissements dans des situations d'interventions complexes demandant une certaine compétence en intervention en santé mentale, avec des personnes en perte d'autonomie ou toute autre clientèle vulnérable.

À cet égard, certains arrondissements ont déjà élaboré, en collaboration avec le ou les centres locaux de services communautaires (CLSC) présent(s) sur leur territoire, un protocole d'entente qui assure un mécanisme simple et rapide d'accès aux services réciproques des deux instances.

Par ailleurs, un comité conjoint (Ville – Agence de santé et des services sociaux) a travaillé à l'élaboration d'un protocole d'entente devant permettre une collaboration entre les deux instances lors d'interventions effectuées dans les résidences privées pour clientèles vulnérables (personnes âgées et personnes atteintes d'une maladie mentale). Plus spécifiquement, ce protocole devrait permettre aux premiers intervenants des deux instances d'unir leurs expertises afin de solutionner des problèmes relevés dans certaines résidences privées.

Ces procédures ciblant des populations vulnérables, ont spécifiquement été déployées dans la version actuelle du sur la salubrité et l'entretien des logements (RVM 03-096) au moyen d'une entente formelle d'offre de services réciproques établie entre les arrondissements municipaux et leur Centre de santé et de services sociaux (CSSS).

REGIE DU LOGEMENT

Le marché locatif résidentiel est réglementé par le biais du Code civil du Québec et la Loi sur la RDL. Cette loi donne à la RDL la juridiction exclusive sur toutes matières relatives au bail. La RDL est un tribunal administratif.

La Ville et les arrondissements jouent un rôle complémentaire à celui de la RDL. Dans les cas d'insalubrité, les locataires disposent de certains recours (en vertu du Code civil du Québec) devant la Régie dont celui d'exiger la pleine jouissance des lieux, de poursuivre le locateur, de déposer son loyer à la Régie, etc, Dans de tels cas, le rapport d'inspection de l'arrondissement est important, et il est essentiel aussi que les deux parties l'aient en main.

Les Services du contentieux de la Ville et de la Régie ont rédigé une lettre type respectant les dispositions de la Loi sur l'accès à l'information, qui fait office de rapport d'inspection auprès de la Régie, et qui évite que les représentants des arrondissements aient à comparaître auprès de la Régie.

ASSOCIATIONS COMMUNAUTAIRES

Le SMVTP a tenu plusieurs rencontres avec divers représentants d'associations communautaires et de comités logement. Ces rencontres ont permis, d'une part, de faire connaître, le contexte d'application du Règlement sur la salubrité et l'entretien des logements (RVM 03-096), et d'autre part, de prendre connaissance des commentaires et observations des représentants des associations communautaires, et d'y donner suite lorsque possible.

QUELQUES STATISTIQUES (JUIN 2003 – JUIN 2006)[32]

20 614 dossiers ouverts ;

5 804 avis d'infraction ;

511 Constats d'infraction (excluant les points de service) en vertu de :

- article 26 (28%)
- article 27 (7%)

- article 25 (1) (6%)
- article 60 (6%)

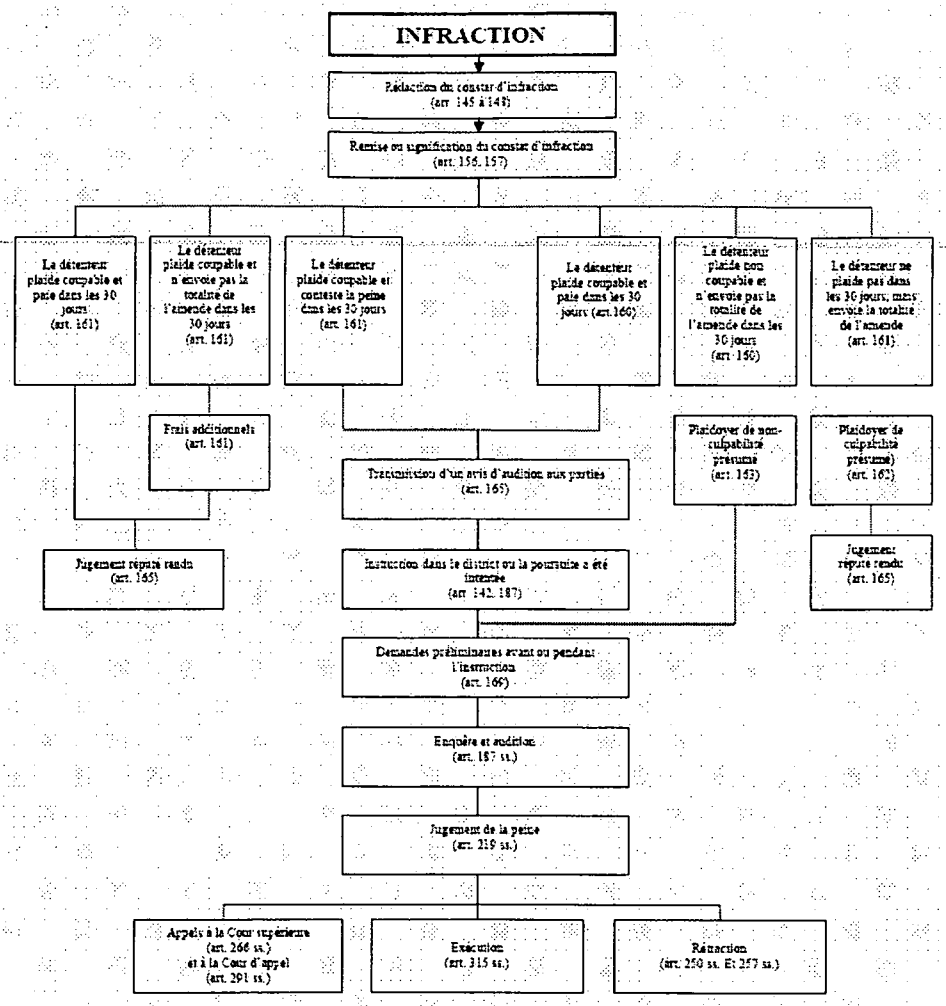
Le SMVTP a relevé plus d'une cinquantaine de dossiers d'évacuation en 2005.

LES PERSPECTIVES DE DÉVELOPPEMENT[33]

Un certain nombre de projets ou de démarches visant l'amélioration de l'application du Règlement sur la salubrité et l'entretien des logements (RVM 03-096) sont présentement en cours :

- Élaboration d'une proposition pour standardiser les procédures de relogement de ménages évacués de leur logement ;
- Élaboration d'un protocole d'entente entre les arrondissements et les CSSS pour faciliter les collaborations lors d'interventions dans des résidences pour clientèles vulnérables ;
- Développement de liens avec la RDL pour améliorer l'arrimage des dossiers devant se retrouver à la RDL aux actions prises dans les arrondissements ;
- Maintien des liens avec les intervenants en habitation tels la RDL, la SCHL, la DSP de Montréal, l'Agence, le programme ROSES D'OR, les comités logement, etc.

ÉTAPES DE LA PROCÉDURE JUDICIAIRE[34]



OPINION DE LE SIGNATAIRE

Le signataire souscrit à l'importance capitale divers éléments suivants :

1. Les efforts en vue d'amélioré la concertation afin de générer la coordination d'un effort concerté menant vers un plan d'action « **panmontréalais** » pour l'application des normes réglementaires en matière de logement ou chaque intervenant clef connaît son rôle et ses modalité d'actions ainsi que la définition de protocoles d'entente de collaboration entre ces derniers ;

Perspective sur les ménages vivant sous le seuil de la pauvreté

« Le logement constitue, pour une frange importante des ménages à faible revenu au Québec, l'élément majeur de leurs dépenses annuelles et toute hausse du coût des logements à un effet direct sur leur capacité de subvenir à leurs autres besoins. De fait, chez les personnes en situation de pauvreté, c'est souvent plus de la moitié du revenu qui sert à payer le logement. Pour celles-ci, l'accès à un logement décent à coût raisonnable est particulièrement difficile, encore davantage dans les villes ou les coûts de logement sont plus élevés. Pour de nombreux pays, l'aide au logement constitue un des éléments majeurs des efforts de lutte contre la pauvreté.

Le problème de l'accessibilité financière, s'il est prédominant, n'est pas l'unique difficulté à laquelle les ménages peuvent faire face pour se loger. Certains ont d'autres besoins à cause de leur condition physique, psychosociale ou familiale. Ces ménages ont souvent besoin de programmes particuliers adaptés à leur situation.

L'intervention publique en habitation a donc une dimension sociale importante et s'impose comme une nécessité qui doit être pensée en étroite relation avec les efforts de lutte contre la pauvreté[35],[36] ».

On retrouve proportionnellement plus de ménages à faible revenu dans les régions urbaines du Québec, quel que soit le genre de familles. On observe donc une certaine concentration de ces familles en situation plus précaire dans les zones urbaines. En 1996, les logements occupés par des ménages à faible revenu sont moins bien entretenus (10 % nécessitent des réparations majeures)[37] que ceux des autres ménages (7,6 % nécessitent des réparations majeures).

Nous cherchons à définir et localiser les ménages :

- vivant sous le seuil de la pauvreté ;
- vivant sur l'assistance sociale ;
- et vivant une problématique de santé mentale[x]:

    1. et conséquemment, les clientèles à besoins particuliers comprennent plusieurs catégories de personnes vivant des difficultés économique, sociale ou psychologique (personnes avec des problèmes de santé mentale ou de maladie mentale, jeunes en difficultés, itinérants, toxicomanes, femmes en difficultés, femmes victime de violence, etc.)

En raison de caractéristiques qui les définissent, certaines populations sont plus susceptibles d'être exposées à des conditions de logements défavorables ainsi qu'aux conséquences de celles-ci. Ainsi, Plusieurs ménages très pauvres ont même de la difficulté à trouver des logements abordables dans le bas de gamme.

MÉTHODOLOGIE DE L'ENQUÊTE

L'enquête vise à cerner les problèmes et les besoins d'une communauté locale, c'est-à-dire ceux d'une population ciblée, pour ensuite faire une étude de la situation problème spécifique, à savoir, l'incapacité d'appliquer les lois d'ordre public de protection en matière de logement.

L'analyse consiste à ordonner les données colligées et pertinentes, à dégager les tendances, à organiser tout le contenu en catégorie et en thèmes descriptifs. L'interprétation, appuyée sur les observations et l'expérience

[x] Les personnes à besoins particuliers comprennent plusieurs catégories de personnes vivant des difficultés économique, sociale ou psychologique (personnes avec des problèmes de santé mentale, jeunes en difficultés, itinérants, toxicomanes, femmes en difficultés, femmes victime de violence, etc.)

personnelle du signataire, consiste à trouver des significations aux tendances, à expliquer les thèmes descriptifs et à dégager des liens ou des relations entre eux. Le défi de l'analyse consiste à rassembler tous les éléments d'information, à les examiner, à en discuter, à y réfléchir et à les organiser en un tout.

LE SEUIL DE PAUVRETÉ

LE CONSEIL NATIONAL DU BIEN-ETRE SOCIAL DU CANADA

« Pour sa part, le Conseil national du Bien-être social du Canada établit des seuils de pauvreté par famille, modulés selon la taille de la famille et le secteur de résidence. Par exemple, pour un individu vivant dans un secteur de 500 000 habitants et plus, le Conseil fixe son seuil de pauvreté à 17 060 $, par contre en secteur rural le même individu aurait un seuil de pauvreté de 11 613 $. Pour une famille de quatre personnes vivant dans un secteur de 500 000 habitants et plus, le seuil de pauvreté passe à 33 844 $. Dans le secteur rural, la même famille aurait un seuil de 23 039 $. Si on compare ces seuils avec les chiffres du Comité d'étude du RAP, on se rend compte tout de suite qu'il faudra modifier nos bases de calculs pour moduler le montant du RC par famille et par secteur de résidence. »

CONCENTRATION GEOGRAPHIQUE DE LA PAUVRETE

Les plus grandes concentrations de **familles à faible revenu** sont observables dans les arrondissements Sud-Ouest de Montréal, Mercier-Hochelaga-Maisonneuve, Côte-des-Neiges-Notre-Dame-de-Grâce, Villeray-Saint-Michel-Parc-Extension, Montréal-Nord, Lachine et de l'est de Ville-Marie[38]. Sur l'île de Montréal, un peu plus d'une personne sur trois (34 %) vit dans un ménage à faible revenu.

Les locataires disposent plus fréquemment de faibles revenus. Notons que le rapport de la Fédération canadienne des municipalités (Arundel, 2003) : « *Les données tirées du recensement de 2001 indiquent une amélioration de la situation financière des familles et des foyers à faible revenu. Cependant, les revenus plus élevés ont beaucoup augmenté et ceux qui vivent sous le seuil de la pauvreté se retrouvent encore plus enlisés* ». D'ailleurs, l'écart entre les riches et les pauvres s'est accru entre 1990 et 2000.

Les locataires disposent plus fréquemment de faibles revenus que les propriétaires. En 2000, alors que 49 % des ménages locataires de la Communauté avaient des revenus inférieurs à 30 000 $, seulement 15 % des ménages propriétaires étaient dans cette situation[39].

COMPOSITION D'UN MÉNAGE PRIVÉ

Rappelons, de façon concise, qu'un ménage privé est formé d'une personne ou d'un groupe de personnes occupant un logement privé et qu'un ménage collectif est un établissement commercial, institutionnel ou communautaire — foyer pour personnes âgées, prison, couvent, etc. Lorsqu'il sera question de ménages, sans qualificatif, le terme désignera exclusivement les ménages privés, et ces, tout au long de la présente étude. Par contre, les ménages collectifs seront toujours désignés nommément.

En 2001, on a recensé 3,0 millions de ménages et 7,2 millions de personnes au Québec. On ne trouve en moyenne que 2,4 personnes dans un ménage et on constate une prédominance des ménages de une et de deux personnes qui représentent respectivement 30 % et 33 % des ménages. On observe que 31% des ménages comprennent trois ou quatre personnes, 5% en comptent cinq, et on trouve six personnes et plus dans seulement 2% des ménages.

Lorsqu'il sera question de ménages, sans qualificatif, le terme désignera exclusivement les ménages privés, et ces, tout au long de la présente étude. Par contre, les ménages collectifs seront toujours désignés nommément.

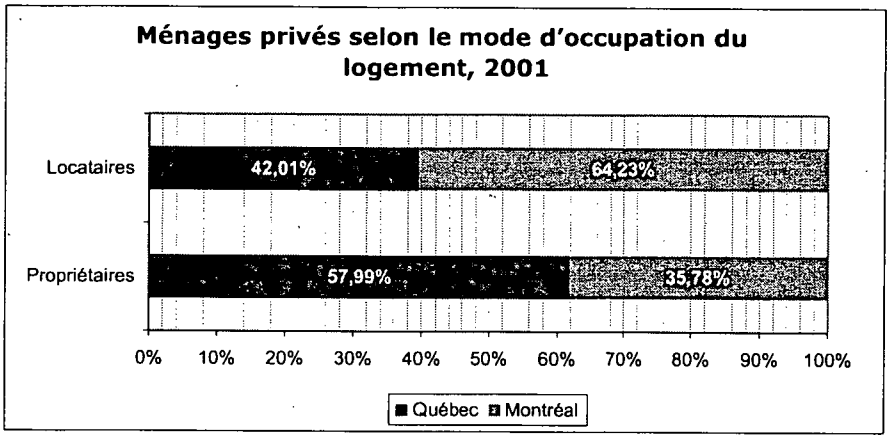
MÉNAGES PRIVÉS SELON LE REVENU

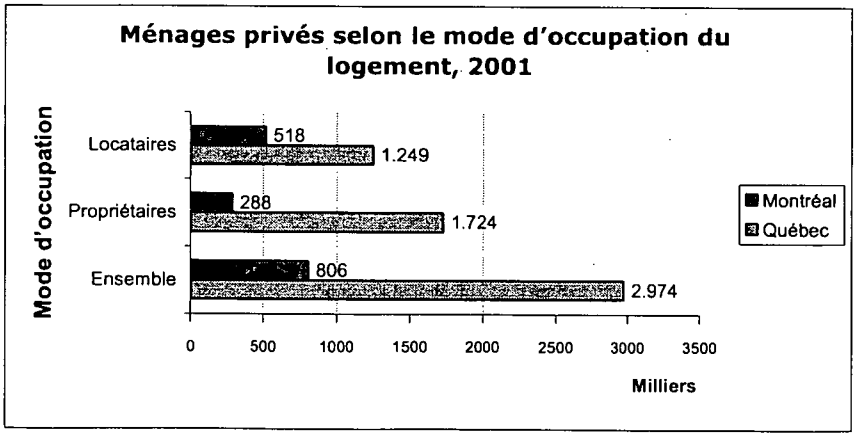
...

LA POPULATION DES MÉNAGES PRIVÉ À FAIBLE REVENU

...

ÉVOLUTION DES MODES D'OCCUPATION DES MÉNAGES PRIVÉ





LE TAUX D'EFFORTS DES MÉNAGES PRIVÉS

Au Québec il y a 1,2 million de ménages locataires, dont 94% sont captifs du marché privé. Les locataires consacrent une part croissante de leurs revenus pour se loger. Ainsi la moitié des ménages locataires y consacrent au moins 30% de leur revenu et 25% des locataires vivant en logement privé consacrent au moins 50% de leur revenu au logement (Recensement Canada 1996).

Soulignons simplement que, à l'échelle du territoire de la Ville de Montréal, 36 % des ménages consacrent 30 % ou plus de leur revenu avant impôt à se loger et, de ce nombre, la moitié y consacre 50 % ou plus accaparés par la nécessité de se loger.

Règle générale, un logement de qualité convenable est considéré comme abordable, si le ménage qui l'occupe ne consacre pas plus de 30 % de son revenu brut aux frais d'habitation. Pour les locataires, les frais d'habitation incluent le loyer et le coût des services publics comme le chauffage, l'électricité et l'eau, si ceux-ci s'ajoutent au paiement du loyer. C'est ce que l'on entend par taux d'effort de 30 %. On considère que les logements qui coûtent moins que ce plafond sont abordables[40]. Il n'en demeure pas moins qu'à l'échelle du territoire de la CMM, 36 % des ménages locataires consacrent 30 % ou plus de leur revenu brut à se loger. De ce nombre, la moitié, où 18 %, y consacre 50 % ou plus[41]. C'est donc 125 000 ménages locataires de la CMM qui, en 2001, voit la moitié ou plus de l'ensemble de leurs revenus avant impôt accaparé par la nécessité de se loger.

Au nombre des autres critères utilisés pour identifier une crise du logement, on trouve la présence ou l'absence de certains équipements, l'espace disponible par logement, la densité d'occupation et la capacité ou non d'accéder à la propriété.

Les taux d'efforts trop importants pour de nombreux ménages et le peu d'unités disponibles s'inscrivent dans un contexte de marché du logement en effervescence et haussier.

LOYER PAYÉ PAR LES LOCATAIRES

Quand on examine la variabilité régionale des loyers à l'intérieur d'une même catégorie d'immeubles, on constate que les logements situés en dehors des grands centres se démarquent par des loyers sensiblement plus faibles pour toutes les catégories d'immeubles.

En 2000, alors que 49 % des ménages locataires avaient des revenus inférieurs à 30 000 $, seulement 15 % des ménages propriétaires étaient dans cette situation[42]. Selon les experts, l'écart entre le revenu médian des locataires et le revenu médian des propriétaires se creuse avec les décennies au Québec comme au Canada. Rien ne laisse croire que la Communauté échappe à cette tendance. On assisterait ainsi à une forme de « spécialisation sociale » du logement locatif, ce marché devenant de plus en plus « spécialisé » dans le logement des ménages pauvres[43]. Cette tendance serait liée, en partie, à la montée des ménages formés d'une seule personne.

On observe que 40 % des ménages locataires de l'île de Montréal vivent sous le seuil de la pauvreté[xi].

Perspective sur le logement social ou l'aide au logement à caractère social

Il n'existe pas de définition du logement social et abordable qui fasse consensus ou même qui soit largement partagée. Généralement, le logement social est conceptualisé comme un sous-ensemble du logement abordable.

[xi] Dans la RMR de Montréal, le seuil de faible revenu en 2000 variait de 18 371 $ pour les ménages d'une personne à 46 793 $ pour ceux de sept personnes (Source : Statistique Canada).

LES PERSPECTIVES SUR LE LOUAGE RÉSIDENTIELLE

Un logement est qualifié d'abordable lorsque son loyer est inférieur au loyer médian du marché et correspond à la capacité de payer des ménages à revenus modestes. Le logement abordable s'adresse généralement à une clientèle ayant des revenus modestes, mais néanmoins supérieurs à ceux de la clientèle des logements sociaux.

Le logement social (« social et communautaire », selon l'appellation SHQ) au Québec recouvre une diversité de formules :

- les habitations à loyer modéré (HLM);
- les habitations gérées par des coopératives à but non lucratif (COOP);
- les habitations gérées par des organismes à but non lucratif (OSBL), avec ou sans soutien communautaire;
- le supplément au loyer;
- l'allocation logement.

Le développement du logement social et communautaire représente souvent l'unique alternative pour les personnes à faible et très faible revenu qui, autrement, sont contraintes de vivre dans des logements inadéquats et sans l'environnement de soutien que leur condition requiert, ou pire, sont exposées à l'exploitation de propriétaires peu scrupuleux.

Il semble qu'actuellement, le soutien communautaire offert est insuffisant faute de financement adéquat et les règles d'occupation ne sont pas toujours adaptées à ces nouvelles réalités.

La persistance en force de la question de l'habitation sociale et abordable sur la place publique coïncide avec la détérioration de la situation globale du logement locatif. Il n'est qu'à penser à la rareté des logements disponibles et à la hausse des coûts de loyer.

DE L'ENSEMBLE DES PROBLEMATIQUES

La brève analyse qui ultérieurement saura suffire à faire la démonstration que la problématique que vivent actuellement les ménages locataires québécois à faible revenu est complexe et tient à une combinaison de facteurs de nature tant conjoncturelle, structurelle que socioéconomique. La solution, par conséquent, l'est aussi et aucune formule miracle ne peut en venir à bout rapidement.

La crise actuelle n'est-elle que temporaire, ou peut-on croire qu'elle va s'installer à demeure si aucun correctif n'est apporté? Notons que les propriétaires (ou locateurs) et promoteurs immobiliers sont des acteurs importants dans la crise actuelle du logement puisqu'ils régissent en grande majorité plusieurs aspects les lois économiques du marché locatif. Ces derniers, agissant à titre d'entrepreneur, ont comme premier de faire du profit.

Les écueils et tendances de l'application des lois en matière de louage résidentielle.

1. Faire usage d'un recours justifié

PROBLÉMATIQUE 1.1 : PLAINTE JUSTIFIÉE À LA DIVISION DES PERMIS ET INSPECTIONS — COMPLEXITÉ DES ASPECT JURIDIQUES

Afin de porter une plainte justifiée, il faut connaître quels manquements aux normes réglementaires ont été négligés de la part du propriétaire. Dans le cas d'un conflit avec le Locateur, l'intervention d'un inspecteur de la division des permis et inspection se doit d'être impartiale. Ce qui ajoute une contrainte supplémentaire au travail d'inspection.

Le signataire estime que l'un des éléments importants de la difficulté de l'application des normes municipales en matière de logement est celui d'avoir les connaissances suffisantes afin de percevoir une problématique de logement et d'en saisir les différentes avenues.

Conséquemment, il semble y avoir une problématique en matière de défense des droits de locataires. En effet, faire valoir ses droits de locataires s'avère un véritable tour de voltige. D'une part, une foule de lois et règlements sont concernés. D'autre part, certains locateurs réussissent à surmultiplier illicitement leurs revenus en subdivisant leurs logements, ou en bâtissant des logements qui sont occultés aux instances administratives et publiques.

De plus, certaines problématiques sont plus faciles à percevoir tels la vermine, la saleté, les odeurs, le bruit, le chauffage, les courants d'air... D'autres problématiques sont plus subtiles telle la subdivision d'un $6^{1/2}$ en maison de chambres de 5 chambres dont seule une analyse attentive des règlements d'urbanisme permette de déterminer la conformité aux normes réglementaires. Conséquemment, dans ce cas-ci, comme suite à une subdivision non-conformité d'un logement sans permis de l'arrondissement, le système électrique n'était vraisemblablement pas conçu pour un tel usage de sorte que les circuits disjonctaient fréquemment. De plus, la douche et la toilette étaient dans la même pièce et les aires communes n'étaient pas entretenues par le locateur.

Aussi, c'est souvent qu'a l'usage du logement que l'on finit par prendre conscience de certaines problématiques, compte tenu de l'expérience et des connaissances du locataire, compte tenu de la bonne foi du locateur, compte tenu des circonstances.

Il semble donc évident pour Le signataire qu'afin de faire valoir ses droits de locataire, il est nécessaire d'être instruit en matière de louage résidentiel. Conséquemment, certains locataires n'arriveront pas à verbaliser adéquatement la problématique, et ce, afin d'obtenir une intervention d'un inspecteur. Si le locataire est victime de manœuvres dolosives et de violence psychologique et morale, naviguer dans une telle situation demande une telle

clarté d'esprit, une capacité d'analyse élevée, une bonne connaissance de soi, une certaine connaissance de la psychologie humaine, etc.

De plus, au niveau du fonctionnement du tribunal de la RDL, cette dernière les demandes d'adjudications déposées à son greffe par les citoyens. Ces demandes doivent être présentées par écrit et exposer de manière claire et concise l'objet et les motifs du recours.

1.1.1 ÉTAPES A SUIVRE D'UN RECOURS

Ainsi, un recours à la RDL nécessite de coordonner plusieurs intervenants clefs :

8. Reconnaissance de la problématique (zonage, salubrité, sécurité, habitabilité...);
9. contacter un avocat ou s'instruire auprès d'un organisme communautaire en matière de défense des droits de locataire;
10. appeler directement le propriétaire ou l'aviser verbalement;
11. si la réponse est négative, signifier une mise en demeure au propriétaire et attendre la réponse;
12. comme suite à la réponse, si celle-ci est négative, porter une plainte au service des permis et inspections afin d'obtenir une intervention de leur inspecteur. De plus, il est possible qu'il soit nécessaire de porter une plainte à la Régie du bâtiment afin d'obtenir une intervention de leur inspecteur;
13. inspection du logement (prendre rendez-vous avez l'inspecteur). Il n'est pas certains que le locataire soit informé adéquatement et suffisamment sur les avis de non-conformités et des avis d'infractions, qui ont, ou qui n'ont pas été émis. Le locataire se doit d'entreprendre un recours approprié, adéquat et probant à la RDL sans pour autant pouvoir prendre connaissance des manquements exacts aux normes réglementaires. ;
14. entreprendre un recours à la RDL :
    - contacter un avocat ou s'instruire auprès d'un organisme communautaire en matière de défense des droits de locataire;
    - déposer une ou plusieurs demandes, exposer de manière claire et concise l'objet et les motifs du recours à la RDL;
    - ester en audience (avec ou sans avocat) : ce qui sous-entend le dépôt de preuves, la démonstration de la faute, la démonstration du préjudice ainsi que du lien de causalité, les témoignages, les témoins, les interrogations, les contre-interrogatoires, le plaidoyer, l'élaboration d'une stratégie, etc.;
    - Le régisseur[xii] applique alors, en plus des règles de preuve prévues au *Code civil du Québec* et au *Code de procédure civile*, une procédure simple mais rigoureuse prévue à la loi et au Règlement sur la procédure devant la RDL.

[xii] Le régisseur est la personne qui préside à l'audience et rend la décision. Ce rôle est parfois confié à un greffier spéci al.

PROBLÉMATIQUE 1.2 : L'ÉCRIT OBLIGATOIRE ET PREUVE DE RÉSIDENCE — COMPLEXITÉ DES ASPECT JURIDIQUES

Une autre lacune importante concerne la remise de l'écrit obligatoire prévue par le Code civil. En effet, dans le cas d'un bail verbal, le Locateur est dans l'obligation de remettre dans les dix jours suivants la conclusion du bail avec les diverses mentions prévues par règlements.

PROBLÉMATIQUE 1.3 : PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS — COMPLEXITÉ DES ASPECT JURIDIQUES

Le droit à la vie privée est codifié dans plusieurs législations de sorte que les dossiers et informations nominatives colligés et détenus par les organismes publics sont régis, entre autres, par la loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels[44].

Il en est donc ainsi pour les dossiers détenus par les bureaux de permis et inspections des arrondissements. Les rapports d'inspection sont inaccessibles au public, sauf si le locateur est une personne morale, de sorte qu'il est seulement possible de consulter le rapport d'inspection qu'en audience à la RDL comme suite à la signification d'un subpoena[xiii].

> Un régisseur peut décider qu'un rapport d'inspection fait sous la signature d'un inspecteur de la Régie, d'un inspecteur municipal ou d'un inspecteur nommé en vertu de la Loi sur la santé et la sécurité du travail (chapitre S-2.1), de la Loi sur la qualité de l'environnement (chapitre Q-2), de la Loi sur la Société d'habitation du Québec (chapitre S-8), de la Loi sur les installations de tuyauterie (chapitre I-12.1), ou de la Loi sur les installations électriques (chapitre I-13.01) tient lieu du témoignage de cet inspecteur. (Art., 78.de la loi sur la régie du logement)

2. La dénonciation du « locateur récalcitrant »

PROBLÉMATIQUE 2.1 : UNE DÉMARCHE PÉRILLEUSE.

Le signataire estime que l'un des éléments importants de la difficulté de l'application des normes municipales en matière de logement est celui de la **dénonciation du propriétaire**.

Il semble qu'il existe une cohorte de propriétaires, détériorant ainsi la qualité du marché locatif, déterminé à ne pas se conformer aux normes réglementaires, menant à un enrichissement injustifié et même à une forme d'exploitation des personnes vivant sous le seuil de la pauvreté.

Il est de l'expérience de Le signataire qu'un propriétaire récalcitrant a tout intérêt à faire déguerpir un locataire qui prend conscience d'une problématique de logement dans son immeuble. Ces propriétaires peu scrupuleux n'hésiteront pas à user de méthodes et stratégie dolosives afin d'exercer leurs activités économiques illicites sans égard aux normes municipales en matière de logement.

L'absence de mesures visant à protéger les locataires du harcèlement ou des mesures discriminatoires dont ils pourraient être victimes de la part des propriétaires, puisqu'il a été démontré que ces craintes étaient un obstacle

[xiii] Bref par lequel une partie peut citer un témoin à comparaître, dans ce cas-ci, l'inspecteur. Le rapport d'inspection d'un inspecteur d'un bureau des permis et inspections peuvent servir de témoignage de sorte que l'inspecteur n'a pas nécessairement besoin d'être présent en audience.

majeur au processus de plainte. À cet effet, il nous semble souhaitable que des mécanismes formels tels qu'un service de plaintes soient mis en place afin protéger et d'accompagner les locataires subissant des pressions indues de la part de leurs propriétaires.

La FECHIMM[45] reconnaît les efforts des arrondissements. Mais la Fédération considère qu'il est urgent d'agir en cette matière vue les trop nombreuses dérogations et la mauvaise foi dont semblent faire preuve trop de propriétaires récalcitrants qui profitent indûment de la situation. Selon la FECHIMM, il est déplorable de constater que des propriétaires laissent se détériorer des immeubles où retardent les démarches requises pour les rendre conforme aux normes règlementaires municipales en matière de logement. Il conclut leur mémoire « Nous souhaitons donc que la Commission s'assure que l'application du Règlement sur la salubrité et l'entretien des logements se fasse de façon plus ferme; qu'elle discipline les propriétaires irresponsables; qu'elle dessaisisse les incorrigibles. ».

PROBLÉMATIQUE 2.2 : UN RECOURS À LA RÉGIE DU LOGEMENT, UNE DÉMARCHE DIFFICULTUEUSE ET COÛTEUSE

2.2.1 BAISSER LE COUT DU CONTENTIEUX A LA CHARGE DE L'USAGER

Une justice hors de prix, de plus en plus nombreux sont les citoyens qui affrontent seuls les mystères du prétoire. Le coût financier de la justice fait obstacle à son accès. Les frais, élevés, de procédure et ceux de l'aide juridique, alors que d'autres sont incapables d'obtenir une représentation judiciaire de l'aide juridique, découragent le citoyen tenté alors d'agir sans avocat ou encore de ne pas recourir à la justice.

1. faire parvenir une mise en demeure au locateur n'est pas aussi efficace que la signification par huissier de justice. Ainsi, l'envoie de plusieurs missives par envoie recommander dans le cadre d'un litige avec son locateur engendre des frais sans pourtant garantir la réception des mise en demeure. Ainsi, un locateur peut ignorer les envoies du locataire augmentant d'autant plus les frais d'envoie ;

2. faire parvenir une copie du rapport d'inspection nécessite de faire signifier à l'arrondissement un subpeana. Ainsi, les frais encourus peuvent être une lourde charge pour une personne vivant sous le seuil de la pauvreté ;

2.2.2 L'AUTOREPRESENTATION

Les justiciables québécois ont le droit de se représenter seuls en justice devant le Tribunal administratif comme devant tout tribunal judiciaire. Comme dans les autres pays, ils semblent de plus en plus nombreux à opter pour cette forme « d'autodéfense » (Journal Le Soleil : « *Quand monsieur Tout-le-Monde s'improvise Maître* », 22 septembre 2003). Beaucoup se décourage devant cette difficultueuse tâche d'ester en justice. Ainsi, il est de mon avis que les locataires défavorisé socioéconomiquements de se prévalent que rarement de ce genre d'exercice.

Dénoncé dans plusieurs colloques, l'exercice du droit d'ester (soutenir une action en justice comme demandeur ou défendeur) sans être représenté a des conséquences dommageables pour tous, usagers, professionnels et collectivité.

Le justiciable qui a fait ce choix perd le bénéfice d'une mise à distance ou d'une objectivation de sa situation. Il ne maîtrise pas les règles, le langage et le temps imparti pour exposer ses vues. Cette méconnaissance entraîne, selon les juges et les avocats, des allongements, et donc des coûts additionnels, de la procédure.

Précisons En l'absence d'avocat, les juges se voient confier une fonction d'assistance et d'information. Leur formation comprend désormais un atelier portant expressément sur les personnes qui se représentent seules en justice. Ils disposent également d'un guide sur les devoirs et les difficultés d'un juge siégeant devant un justiciable non assisté. Pour autant, le droit positif québécois ne comporte aucune règle explicitant le rôle du juge qui entend une personne non représentée.

N'oublions pas enfin que la réforme du code civil du 1er janvier 2003 parie sur la restauration de la confiance des justiciables envers l'efficacité du système judiciaire.

Les juridictions administratives prennent aussi des mesures pour remédier à l'absence d'avocat. Certaines s'attachent à assouplir et simplifier les procédures et à débarrasser les audiences de tout formalisme abusif. Les membres du tribunal peuvent, à titre d'exemple, se montrer moins stricts sur l'application des règles de preuve, notamment pour l'interrogatoire des témoins.

Si on considère que « l'**autodéfense** » est un des maux dont souffre la justice, l'institution judiciaire doit s'appliquer à en minimiser les nuisances pour elle-même et pour les justiciables.

3. L'aide juridique

La *Loi sur l'aide juridique* à été adopter en 1972 dans la foulés d'une série de lois à caractères social : la *Loi sur l'assurance-maladie*, la *Loi sur l'indemnisation des victimes d'actes criminels*, la *Loi sur la protection du consommateur* et la *Loi favorisant l'accès à la justice*.

PROBLÉMATIQUE 3.1 : DE LA COMPÉTENCE ET DE LA QUALITÉ DU DOSSIER

> Une bonne cause ne saurait craindre aucun juge (Syrus, Publilius, 1er siècle av. J.-C.).

Il est de l'avis de Le signataire que l'un des éléments importants de la difficulté de l'application des lois d'ordre public de protection en matière de logement est celle de la défense des droits du locataire à la RDL par les avocats de l'aide juridique.

Tout avocat qui est saisi d'un problème en rapport avec la réglementation de zonage dans le cadre d'une transaction, devrait toujours obtenir une copie complète de la réglementation et ne pas se contenter des extraits que peuvent fournir les fonctionnaires municipaux. Un grand nombre de règlements de zonage ont été rédigés par des « non-juristes » et contiennent souvent des imprécisions ou même des contradictions internes susceptibles d'engendrer un doute dans son interprétation pouvant bénéficier au propriétaire. C'est souvent le cas au chapitre des définitions. De plus, le règlement peut comprendre des dispositions autorisant des usages complémentaires même en zone résidentielle, ou des usages temporaires. Seule une étude complète du règlement et de ses amendements successifs permettra de donner une opinion éclairée et complète sur la situation précise du client.

Puisqu'il y juridiction municipale et dans ce contexte, il semble évident qu'une expertise est nécessaire afin de bien interpréter les normes municipales en matière de salubrité, de sécurité et de zonage. Comment un citoyen peut-il déterminer, s'il y a matière a porté plainte, s'il doit avoir recours a un avocat de l'aide juridique, qui essentiellement, suggérera à la personne vivant une problématique avec son propriétaire de quitter le logement au lieu de faire valoir ses droits.

Selon l'expérience du signataire, l'intervention d'un avocat de l'aide juridique s'avère totalement futile. Il arrive souvent que le client s'avère « **captif** » ou « **parasité** » par un avocat qui ne semble pas vraiment prendre en compte l'intérêt du locataire et semble agir selon des intérêts pécuniaires : faire le moins possible comme en témoigne souvent la faible préparation et la qualité douteuse des dossier. Ainsi, l'appréciation des dossiers s'en trouve grandement détériorée. Beaucoup de locataires ne peuvent recourir aux services dun-e avocat-e parce qu'ils ne sont d'ailleurs pas admissibles à l'Aide juridique.

Il est aussi de l'avis du signataire qu'aussitôt que l'on a quelques exigences que ce soit, même justifié, certains avocats de l'aide juridique préviligira une personne docile, soumise, ignorante et surtout en détresse...

Conséquemment le coût financier, la méfiance envers les membres du barreau (les avocats), l'insuffisance de l'aide juridique, l'idée, distillée par les retransmissions de procès, que le droit est facile, la vente de livres ou de logiciels

destinés à aider les non initiés à préparer les documents ou les actes de procédures. De plus en plus de justiciables se présentent devant les tribunaux sans l'assistance d'un avocat.

PROBLÉMATIQUE 3.2 : SERVICE NON COUVERT

Le projet de loi 20 déposé le 14 mai 1996, introduit le concept d'admissibilité avec contribution et ajoute de nouveaux motifs de refus.

On doit également s'interroger à savoir sur l'accès à la justice pour les personnes socioéconomiquement défavorisé — conformément au principe d'égalité devant le droit — est une réalité ou une fiction. Or, les fonds publics affectés à la prestation des services se limitent aux services les plus essentiels, et l'admissibilité avec contribution est favorisée. C'est en matière civil que la diminution de services aux bénéficiaires de l'aide juridique à été le plus marquée.

Malgré les préoccupations justifié du Barreau du Québec en se qui concerne la couverture de service, il faut également se questionné a savoir si la population à faible revenu puissent faire valoir certains droits tel que l'obtention de dommages-intérêts par le services de l'aide juridique.

Dans ces conditions, il ne faut pas s'étonner que plusieurs personnes choisissent de ne pas faire reconnaître leurs droits ou de se représenter elle-même devant les tribunaux.

4. La Régie du Logement[46]

« Après dieu, il y a mon propriétaire. Il convient de répondre auprès de ses moindres caprices et de ne point porté attention à ses manœuvres dolosives. Et s'il fourvoie le système, qui suis-je pour l'en arrêter. Car rien n'est plus important qu'un toit après la nourriture. Je me devrai donc de le seconder aux meilleurs de mes moyens, afin de préserver mes moyens de subsistance. » (De la sagesse du locataire — Philippe Jean, 2006)

PROBLÉMATIQUE 4.1 : STATISTIQUES DU RAPPORT ANNUEL DE LA RÉGIE DU LOGEMENT

3. Il est de mon avis que les statistiques présentées dans les Rapports annuels de la RDL soient incomplètes et présentent une image partielle de la réalité :

   - impossibilité d'obtenir les données indiquant le nombre de décisions en matière de rétraction qui ont soit été rejetées, soit été acceptées et soit été partiellement acceptées, autant pour les locataires que les locateurs, et ce, pour chaque région administrative du Québec;

   - impossibilité d'obtenir les données indiquant le nombre de décisions qui ont été rejetées ou acceptées ou partiellement acceptées pour toutes causes introduites à la RDL, autant pour les locataires que les locateurs, et ce, pour chaque région administrative du Québec;

   - impossibilité d'obtenir les données sociodémographiques des dépositaires des demandes, et ce, en toute matière et par région administrative du Québec;

   - impossibilité d'obtenir la méthodologie utilisée par le RDL afin de permettre d'appliquer les lois d'ordre public de protection sous sa juridiction;

- il est de mon avis que les statistiques doivent être conçue de telle sorte que les élus, les intervenants et les citoyens puissent se faire une idée concrète et réaliste des activités de la RDL ainsi que de leurs impacts sur le tissu social, afin de porter un jugement éclairé et permettant de nourrir les argumentations et les démonstrations. L'absence d'informations entraînant donc l'impossibilité de former un portrait approprié, réaliste et complet des impacts, permettant au sophiste d'engendrer la confusion et le discrédit à l'aide de boutades mièvre et lâche.

PROBLÉMATIQUE 4.2 : LA PRÉCARITÉ RÉSIDENTIELLE ET INIQUITÉS DANS LE TRAITEMENT DES REQUÊTES INTRODUITE PAR LES LOCATAIRES

L'inconsistance de l'application des normes réglementaires municipales en matière de logement (salubrité, sécurité, zonage) et des lois d'ordre public de protection en matière de louage d'habitation se caractérisent par une large possibilité interprétative, susceptible de s'appliquer fort différemment aux individus, en fonction de leur allure, de leur tenue, de leurs activités ;

La précarité résidentielle et iniquités dans le traitement des requêtes introduites par les locataires l'augmentation du nombre de régisseurs n'aura pas pour effet d'augmenter le nombre de recours introduits à la RDL par les locataires. Même si les délais sont plus courts, le système de priorisation des demandes n'aura pas pour effet d'augmenter le nombre de recours introduits par les locataires. Ce système désavantage le locataire. La précarité résidentielle et l'itinérance sont immédiates lors de la faute du locateur. Le logement est un droit et non un privilège. Quant au personnel de la RDL, il doit composer régulièrement avec l'ignorance du droit et de la procédure des locataires non représentées. De toute évidence, l'inexpérience des plaideurs assurant eux-mêmes leur défense pose un problème aux tribunaux.

Conséquemment c'est l'application appropriée des lois d'ordre public de protection sous la juridiction de la RDL qui est mise en cause. il est de mon avis qu'il y a iniquité dans le traitement des demandes des locataires introduites à la RDL. Les iniquités sont liées à l'extrême légèreté du processus d'introduction d'une procédure de résiliation de bail pour non-paiement de loyer. En effet, le paiement du loyer implique une obligation de garantie de la part du Locataire. Conséquemment, pour le Régisseur, la simple constatation du non-respect de l'obligation engage la faute du locataire.

Ainsi, un propriétaire, alors même qu'il ne respecte pas ses obligations de garantie corrélative du contrat synallagmatique, peut introduire une demande de résiliation de bail en non-paiement de loyer, même si la faute du locateur entraîne un impact sur la capacité du locataire de payer son loyer. La seule avenue dans ce cas pour un locataire, est d'introduire un recours en résiliation de bail et une demande de réunion de demande avec celle du locateur.

il est de mon avis que le traitement inéquitable des requêtes introduite à la RDL engendre une situation d'injustice, de précarité résidentielle ainsi que de l'exacerbation de phénomène de l'itinérance. Finalement, les diverses problématiques suivantes sont partiellement ou complètement engendrées :

- Difficulté d'accès aux Tribunaux de la RDL, démarche exigeante et difficultueuse compte tenu de la complexité des lois et des règlements impliqués, et qui demande une détermination et volonté propre à une bataille juridique, élimine beaucoup de locataires. Souvent, le locataire sait qu'il y a un problème, mais ne peut le formaliser ni le formuler adéquatement. Une connaissance du droit est impératif, ou l'intervention efficace et probante d'un organisme communautaire;

- des conditions de vie et/ou un environnement pathologique n'aidant en rien les personnes psychologiquement affaiblies. Des conditions de vie où le chauffage fait défaut, des pièces trop petites, une promiscuité inappropriée. Ainsi, certains locataires doivent endurer autant de lacunes inconfortables afin de se soumettre à un propriétaire manipulateur. Ces carences des conditions de vie sont

encouragées par l'incurie et l'impossibilité de faire valoir ses droits de locataires et par conséquent permettre l'application des lois et règlements sous la juridiction de la RDL;

- obligation du locataire de faire valoir ses droits sans avocats puisque certains recours à la RDL ne sont pas couverts par les services d'aide juridique. Il est à noter que la RDL est un tribunal dit d'accès ou la procédure est supposément simplifiée. Difficulté d'accès aux services d'aide juridique afin de faire valoir certains recours comme les dommages-intérêts;

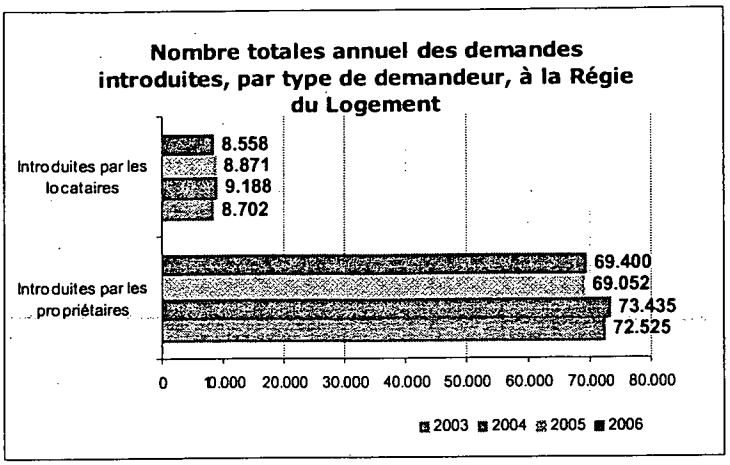
- impossibilité de sanctionner efficacement un locateur fautif ce qui a pour effet de faire persister et d'encourager les incuries. Ainsi, les délais de 1.5 an pour sanctionner un locateur sont trop longs;

- déménagement constant et précarité résidentielle engendrée par l'impossibilité de se soustraire à un phénomène qui semble présent malgré une pérégrination d'une recherche d'un logement conforme;

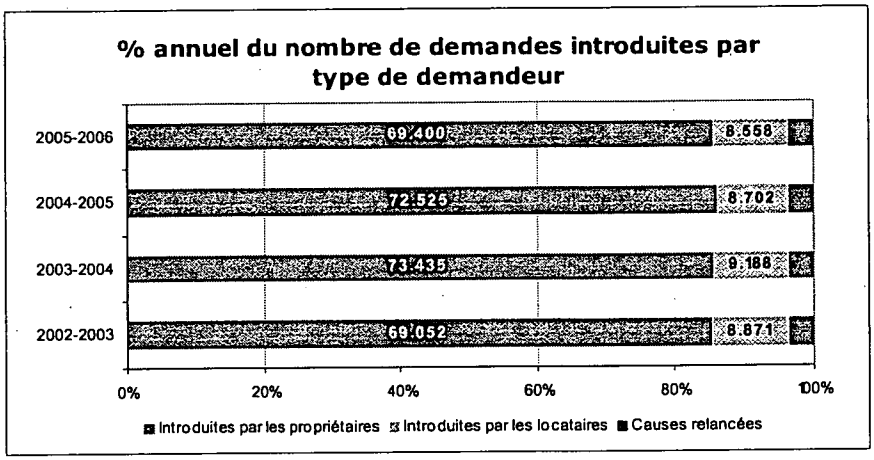
- Il est de mon expérience que certains régisseurs de la RDL semble adopter deux attitudes antagoniste, d'une part, l'une pour les locataire, emprunter une approche traditionnelle « antagoniste » (avec exposé d'ouverture fait par le plaignant, preuves apportées par le plaignant, examen contradictoire du plaignant par le défendeur, même procédure avec les témoins du plaignant, le défendeur et les témoins du défendeur, suivi par les discours de clôture). D'autre part, l'une pour les locateurs, une conduite interventionniste. Ils expliqueront ainsi la procédure, le concept de fardeau de la preuve, la différence entre interrogatoire et contre interrogatoire, la différence entre témoignage et arguments, le rythme, l'organisation et la façon de s'objecter. Un régisseur m'a même affirmé en audience qu'il ne donne pas de cours de droit alors même que je semblais méconnaître la procédure.

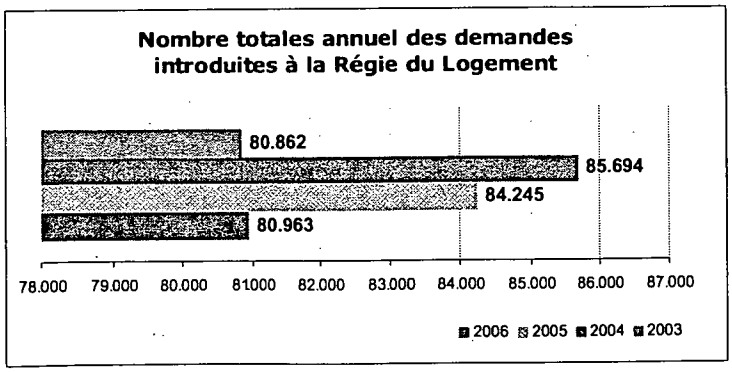
PROBLÉMATIQUE 4.3 : LES CAUSES INTRODUITES

4.3.1 DISPROPORTION EN CONTRADICTIONS DES CAUSES INTRODUITES A LA REGIE DU LOGEMENT

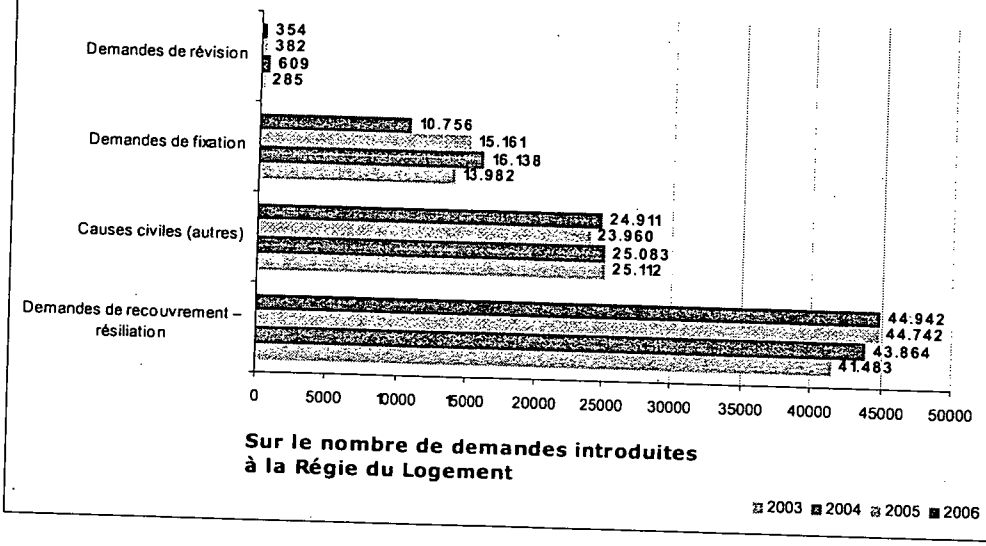


En analysant les statistiques établit par la RDL dans son rapport annuel de 2006, Le signataire décèle non seulement une disproportion du nombre des causes introduites par les Locataires en rapport de ceux des Locateurs, mais plus particulièrement au niveau des demandes introductives en matière de rétractation de jugement. Tout d'abord, l'on observe une importante disproportion entre les causes introduites pour toutes les demandes introduites à la Régie. L'on observe donc un rapport d'environ 9 pour 1, c'est-à-dire que pour environ dix causes assimiler aux Locateurs, une est assimilé par les Locataires. Pour Le signataire, ceci révèle une problématique d'accès au tribunal contribuant à la difficulté des de l'application des lois d'ordre public de protection.

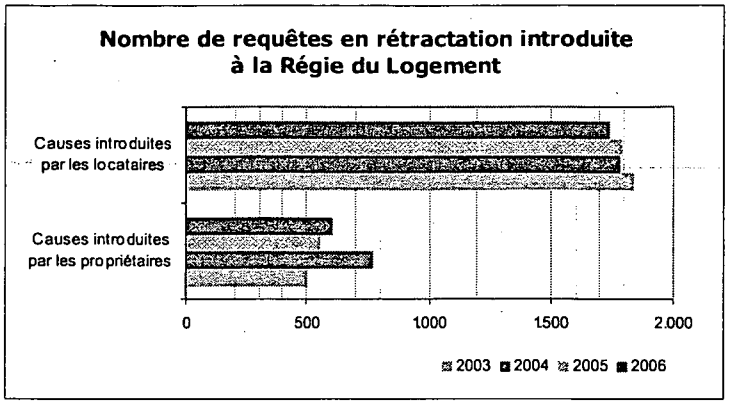




Nombre de demandes les plus fréquentes, par type, par année, assimilés aux locateurs

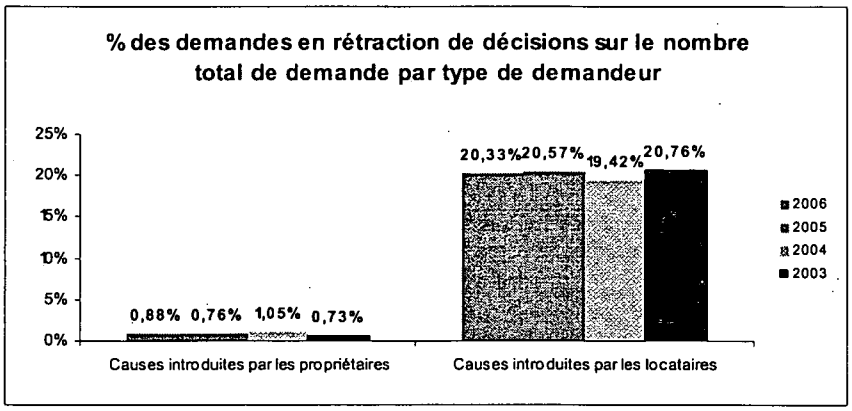


4.3.2 DISPROPORTION DES CAUSES EN MATIERES DE RETRACTATIONS DE JUGEMENTS

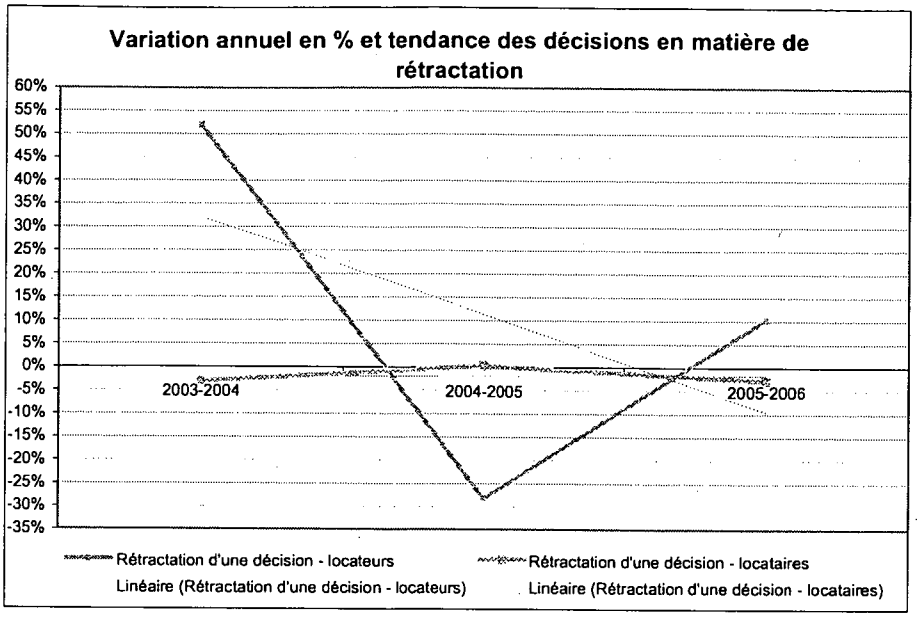


Également, on observe une disproportion des requêtes introduites en matière de rétractation de jugement. En effet, l'on observe un rapport 3.5 pour 1 en faveur des Locataires. Ainsi pour environ 8 requêtes de rétractation assimilée aux locataires, 2 demandes sont déposées par les Locateurs.

Conséquemment, les locataires déposent 3.5 fois plus de demandes introductives en matière de rétractation de jugement que les Locateurs. Ainsi, environ 20% du nombre total de causes introduites par les locataires relève de la rétractation de jugement. 0.01 % du nombre totale de causes introduite par les Locateurs concerne la rétractation de jugement. Pour Le signataire, ceci révèle une problématique d'accès et du niveau d'insatisfaction de la part des locataires des décisions de la RDL.



Il est a noter que les locataires déposent 10 fois moins de requêtes que les locateurs. Pourtant 1790 des 7930 demandes introduites par les locataire relève de la rétractation. Les locateur déposent en moyenne par année grosso modo 75000 requêtes en causes en tout types pour 600 en matière de rétractations.



PROBLÉMATIQUE 4.4 : LES TYPES DE CAUSES

4.4.1 RESILIATION DU BAIL POUR NON-PAIEMENT DE LOYER ET RECOUVREMENT : UNE PROBLEMATIQUE MAL APPREHENDER

Le nombre de demandes introduites et assimilé aux locateurs est un autre indicateur d'une problématique à la RDL. Ainsi pour dix fois plus de demandes introduites par rapport aux locataires, près de 55% des requêtes introduites par les locateurs concerne la résiliation du bail et le non-paiement du loyer.

Il est ici trompeur de croire que les locataires sont des mauvais payeurs, puisqu'il existe une problématique d'accès au tribunal de RDL. Conséquemment, les locataire ont de la difficulté a déposé une demande probante : « nul n'est censé ignoré la loi ». Si tout les locataires pouvait faire valoir leurs droits, ceci révèlerait une réalité déplorable : l'état réelle du marché locatif résidentielle « bas de gamme ».

Ainsi, 55% des décisions de la RDL s'effectuent de manière expéditive sur une preuve de paiement. S'il n'y a pas de preuves de paiement, il y a systématiquement résiliation du bail. Une vue globale nous montre que plus du trois quart des demandes introduites à la RDL par les locateurs relève du paiement du loyer ou de sa fixation.

Pertes consécutives aux logements inoccupés et aux loyers impayés, en pourcentage du revenu potentiel annuel, selon la région, la taille de l'immeuble, le type de propriétaire bailleur et la taille du logement (%)

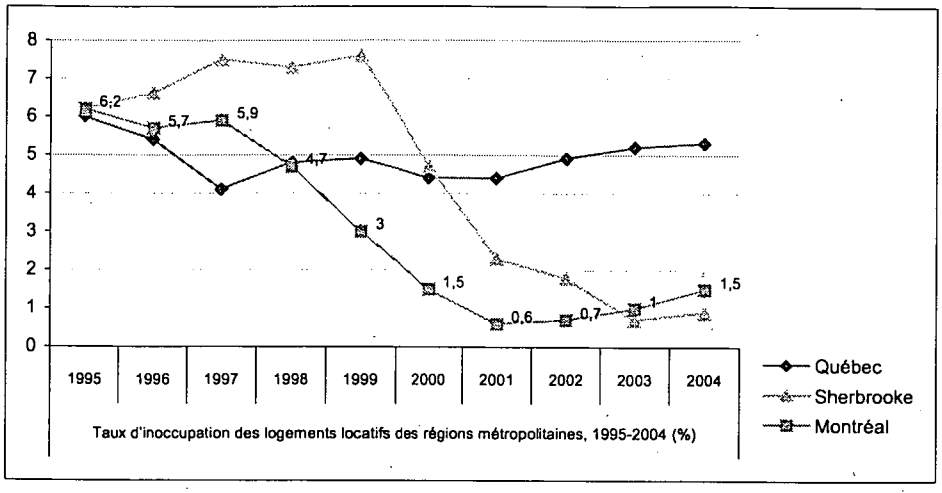
	Logements inoccupés	Loyers impayés
Ensemble	2,4	1,2
Région		
Montréal	1,2	0,9
Québec	1,4	0,7
Hors grands centres	4,5	1,8
Taille de l'immeuble		
1 à 3 logements	2,0	1,9
4 à 5 logements	2,3	1,8
6 à 9 logements	3,0	1,8
10 à 19 logements	2,5	1,1
20 à 49 logements	3,3	0,9
50 logements et plus	1,7	0,6
Type de propriétaire		
Personnes ou groupes de personnes apparentées habitant l'immeuble	1,4	0,5
Personnes ou groupes de personnes apparentées n'habitant pas l'immeuble	2,8	1,7
Personnes non apparentées	1,9	1,0
Compagnie immobilière	3,1	0,9
Autre type de compagnie	3,2	0,8
Taille du logement		
1 ou 2 pièces	3,5	1,2
3 pièces	2,3	1,0
4 pièces	2,4	1,2
5 pièces	2,4	1,3
6 pièces	2,7	2,0
7 pièces ou plus	0,5	0,3

Les pertes moyennes dues aux logements vacants et aux loyers impayés[47]
67,1 % des propriétaires de parc locatif déclarent ne pas en avoir subies de perte. Sur l'ensemble du parc, ce type de pertes représente 1,2 %. Le tableau de la page suivante permet d'observer que ces pertes sont beaucoup plus importantes en dehors des deux grands centres urbains;elles y atteignent 1,8 % tandis qu'elles ne sont que de 0,7 % dans la région de Québec et de 0,9 % dans celle de Montré al. Par ailleurs, on constate que ces pertes sont d'autant plus grandes si l'immeuble est petit;le taux de perte oscille ainsi entre 1,9 % dans les immeubles de 1 à 3 logements et 0,6 % dans ceux de 50 logements et plus.

Selon une étude publiée en août 2002 par des chercheurs de INRS-Urbanisation, Culture et Société, le secteur du logement locatif génère annuellement des revenus bruts de plus de six milliards de dollars. On y apprend également que 12 % des propriétaires possèdent 57 % du parc locatif et que 800 d'entre eux, sur les quelques 277 000 propriétaires de la province, détiennent 16 % du parc[48]. Selon une étude publiée en 2002 par l'Institut national de recherche scientifique (INRS), les mauvaises créances des propriétaires représentent 1,2% de leurs revenus globaux annuels de 6 milliards de dollars[48].

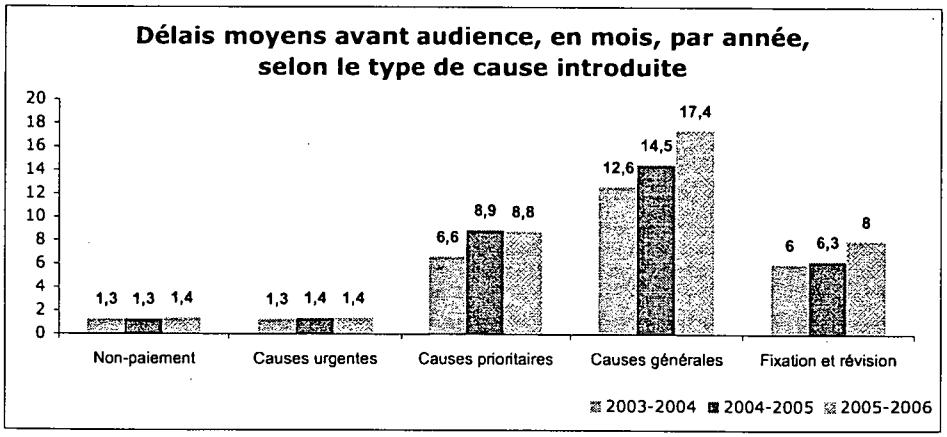
Selon d'autre renseignements obtenus sur les revenus et les pertes relatives permettent d'établir approximativement que ce secteur économique rapporte annuellement des revenus de plus de 6 milliards de dollars. Les pertes subies seraient de l'ordre de 148 millions (2,4 %) en raison de logements inoccupés et de 74 millions (1,2 %) en raison de loyers impayés. En ce qui a trait aux perceptions à l'égard de l'évolution du marché au cours des cinq années précédentes, les propriétaires qui considèrent que la situation en général s'est améliorée représentent 42 % du parc locatif, alors que ceux qui considèrent qu'elle s'est détériorée en représentent 22 %.

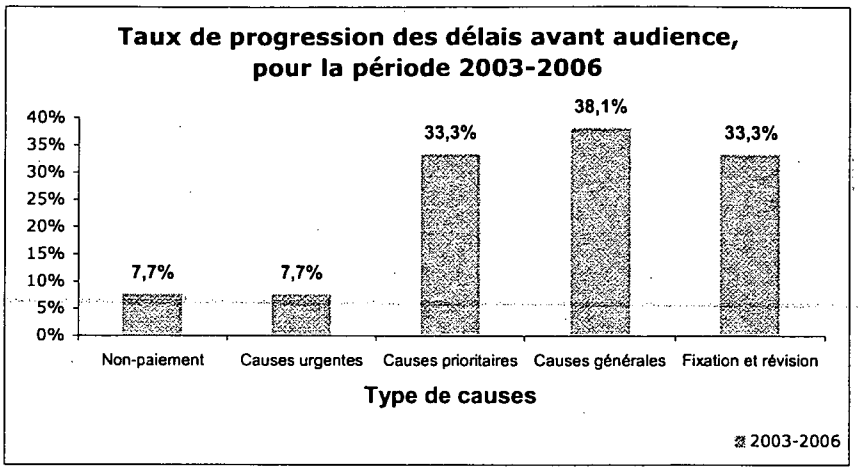
Ainsi, la problématique du non-paiement de loyer s'avère une fausse problématique. Conséquemment, la Régie est devenue une sorte d'agence de recouvrement de loyer au service des propriétaires. D'ailleurs, la majorité des ressources de la RDL sont dévoué à entendre des causes lier au paiement du loyer.

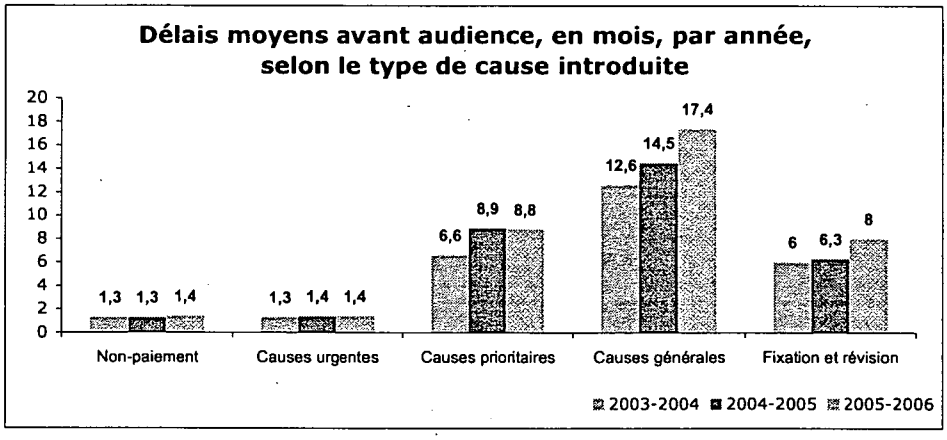


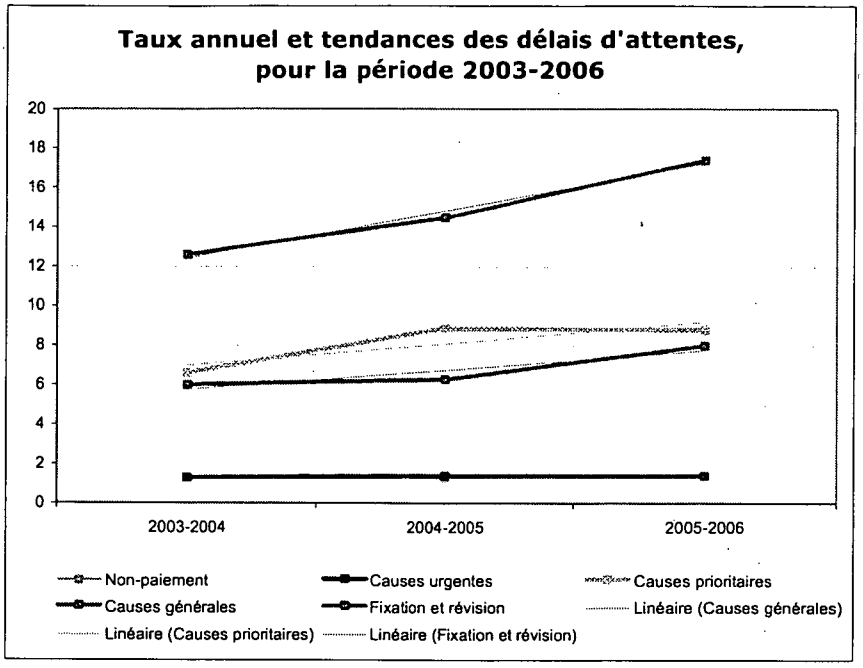
4.4.1 LE DELAIS MOYEN AVANT AUDIENCE

Il faut noter que le délai moyen avant audience en 2005 pour les causes générales est de 17.4 mois. Conséquemment, le délais peut allez jusqu'à 20 mois.




Taux de progression des délais avant audience, pour la période 2003-2006
40%
35%
30%
25%
20%
15%
10%
5%
0%
7,7%
7,7%
33,3%
38,1%
33,3%
Non-paiement
Causes urgentes
Causes prioritaires
Causes générales
Fixation et révision
Type de causes
2003-2006


Délais moyens avant audience, en mois, par année, selon le type de cause introduite
20
18
16
14
12
10
8
6
4
2
0
1,3 1,3 1,4
1,3 1,4 1,4
6,6 8,9 8,8
12,6 14,5 17,4
6 6,3 8
Non-paiement
Causes urgentes
Causes prioritaires
Causes générales
Fixation et révision
2003-2004 2004-2005 2005-2006

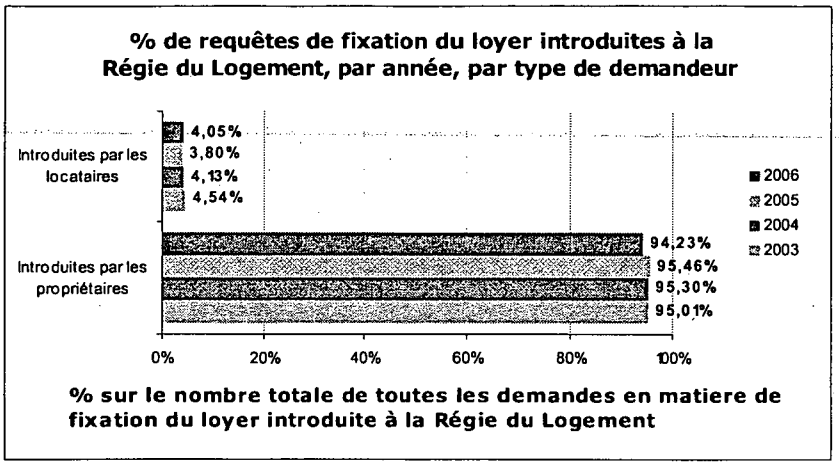


Lexique sommaire des causes :

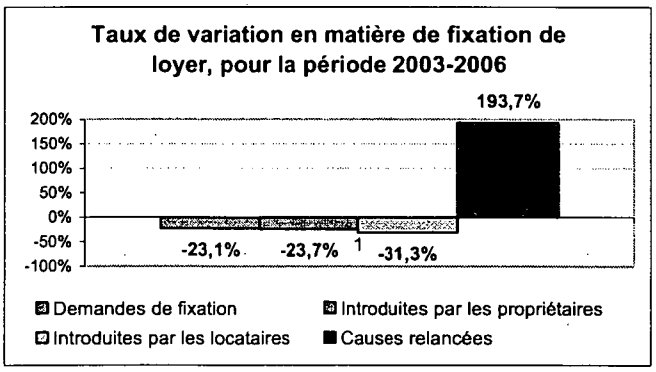
- **Non-paiement** : Demande ayant pour objet la résiliation du bail au motif du non-paiement du loyer ;
- **Urgentes** : Demandes relatives à l'expulsion du locataire, au recouvrement du loyer entre colocataires, à la cession du bail ou aux ordonnances d'exécution des obligations d'une partie au bail ;
- **Prioritaires** : Demandes relatives à la résiliation du bail pour motifs autres que le non paiement du loyer ;
- **Générales** : Demandes dont le litige ne met pas en cause l'occupation du logement (ex. : dommages-intérêts, diminution de loyer) ;
- **Fixation et révision** : Demande relatives à l'ajustement annuel du loyer.

4.4.2 REQUETES EN FIXATION DE LOYER

D'ailleurs il est à noter que ce sont les propriétaires qui se prévalent le plus du recours en fixation de loyer.



Il est erroné d'affirmer que les règles en fixation des loyers de la RDL soient responsables de la pénurie de logements puisque ce sont les locateurs qui se prévalent de ce type de recours à la RDL.



4.4.3 REPARTITION DES CAUSES INTRODUITES A LA REGIE DU LOGEMENT

Les causes introduites par les locateurs,

Les causes introduites par les locataires,

PROBLÉMATIQUE 4.4 : UN CONFLIT D'INTÉRÊT ?

Actuellement, l'immobilier locatif est réglementé par la Loi sur la RDL et en cas de discorde entre les intervenants, la RDL tranche donc le litige. Son rôle de tribunal est clairement établi par la Loi. Pourtant, la RDL, tribunal administratif, possède également le mandat d'informer les locataires et de conseiller le gouvernement du Québec en matière de bail résidentiel. Situation particulière d'apparence de conflit d'intérêt qui fait en sorte que ce mandat lui permet de recommander au gouvernement de nouvelles politiques et pourquoi pas, lorsque son pouvoir d'intervention est limité, proposer de nouvelles lois permettant d'acquérir une nouvelle juridiction.

PROBLÉMATIQUE 4.5 : STAGNATION DE LA LOI SUR LA LÉGISLATION

À cet égard, la législation a peu évolué — dispositions de la loi et du Code civil — alors que des phénomènes sociaux qui n'étaient même pas émergents en 1980 sont aujourd'hui reconnus comme des tendances lourdes. Les observations colligées dans ce document révèlent un besoin d'adaptation de la Loi qui régit les relations entre locateurs et locataires en fonction de l'évolution sociodémographique des vingt dernières années. Si ce constat appelle une révision en profondeur du cadre législatif, on ne doit pas s'interdire pour autant d'apporter des solutions immédiates sur des enjeux importants.

5. Les comités logements, associations de locataires et le RCLALQ

PROBLÉMATIQUE 5.1 : UNE OFFRE DE SERVICE EXIGEANT ET DIFFICULTUEUSE

Selon certains organismes communautaires en matière de défense des droits de locataires, la croissance et l'importance des dossiers qu'ils ont à traiter constituent leur défi le plus grand. Ils soulignent qu'avant, le temps normal qu'ils consacraient était de deux à trois heures à la solution d'un dossier, alors que présentement ils doivent y mettre entre six et sept heures, parfois même plus encore.

Il semble également qu'en période de resserrement du marché les temps d'attente des décisions de la RDL pour des dossiers introduits par les locataires sont de plus en plus longs et de moins en moins acceptables pour le locataire. C'est donc l'Association qui doit soutenir, sinon financièrement, du moins moralement, le locataire. Ils soulignent encore l'importance accrue des situations de découragement des locataires qui subissent du harcèlement de leur propriétaire actuel ou de la discrimination au moment de la recherche d'un nouveau logement. Ils soulignent enfin que plusieurs locataires, qui se sentent lésés (surtout les personnes âgées), n'osent plus porter plainte ni devant la Régie ni devant la Commission, de peur de représailles et de perdre leur logement.

On soulignent aussi que les CLSC, alors que le marché du logement était plus facile, s'occupaient de trouver un logement aux handicapés ou aux personnes nécessitant une présence. Or, il semble qu'avec le resserrement du marché la difficulté de trouver un logement pour ces personnes, qui sont d'ailleurs de plus en plus nombreuses, fait que le CLSC n'aurait plus les ressources pour traiter ces dossiers et qu'il les dirigerait vers ces associations.

LES RECOMMANDATIONS

Il semble donc que la pénurie de logements résulte d'une combinaison de plusieurs facteurs. Il y a fort à parier que la crise actuelle ne se résorbera pas avant la fin de la décennie et qu'en l'absence d'une vision globale du problème, ce sont les ménages locataires appartenant à la classe de revenus moyenne -- inférieure, qui ne dispose ni de l'aide de l'État ni de moyens financiers suffisants, qui en paieront les frais. Par conséquent, les ménages locataires sont amenés à accepter des conditions qu'ils auraient auparavant refusées.

De plus, l'impossibilité d'appliquer les lois d'ordre public de protections pour les ménages économiquement faibles - familles monoparentales, personnes seules, population plus âgée, sans-emploi, prestataires d'assistance emploi, personne vivant une problématique de santé mentale - constitue un facteur important de la détérioration du marché locatif, de l'environnement socioéconomique de l'individu, et favorise la précarité résidentielle et l'itinérance.

Cette dérive démontre que l'idée du « marché libre qui finit par tout régler » ne fonctionnerait pas. Nous soumettrons finalement quelques recommandations qui, bien qu'elles puissent parfois sembler radicales, sont nécessaires pour résoudre la dérive de l'application des lois d'ordre public de protection.

Recommandation principale

« LE PROTECTEUR DU LOCATAIRE » : LA RÉDUCTION DES INÉGALITÉS

« La démocratie devrait donner aux plus faibles la même chance qu'aux plus forts » (Ghandi)

« Le Protecteur du locataire » est une ***allégorie***[xiv], plus précisément une ***hyperbole***[xv], en vue d'attirer l'attention sur le besoin d'une **organisme communautaire** permettant de faire le lien entre les divers intervenants clefs de la vie sociale, en vue de permettre, d'une part d'encadrer la démarche de recours des personnes vivant sous le seuil de la pauvreté, et d'autre part, d'être une source d'expertise et de documentation en matière de défense des droits d'ordre public de protection, et finalement, encadrer **« la praxis »** de l'activité locative résidentielle **« bas de gamme »**. Cet **organisme communautaire** serait donc au service de sa clientèle en situation de **précarité résidentielle** et agirait en tant que conseiller afin d'offrir une assistance de qualité quasi professionnelle et quasi juridique.

« Le Protecteur du locataire » s'assurera de se **positionner** de façon crédible, sans équivoque. Elle veut donc redonner du pouvoir à la personne et à la communauté à laquelle elle appartient. Il importe donc d'encourager les justiciables à utiliser les services de professionnels compétents.

Il est donc ici question, entre autres, d'assumer **un rôle de leadership** afin :

- D'assurer l'application des lois et règlements sous la juridiction de la RDL par un encadrement facilitant une démarche de recours à la RDL pour les locataires vivant sous le seuil de la pauvreté;
- d'assurer l'application des lois d'ordre public de protection pour les locataires vivant sous le seuil de la pauvreté;
- d'assurer que la volonté du législateur soit mise en œuvre;

[xiv] Allégorie : Représentation d'une idée abstraite par une métaphore littéraire développée ou, en art, par un être animé doté d'attributs symboliques.
[xv] Hyperbole : Figure de style consistant à mettre en relief une expression en l'exagérant.

- de structurer une dynamique de coopération et assurer une synergie entre les divers intervenants clefs;
- d'avoir un effet significatif sur le nombre de demandes pour non-paiement de loyer introduit par les propriétaires;
- de faciliter les procédures de recours à la RDL et accélérer les suivis afin que les plus vulnérables ne soient pas découragés à faire respecter leurs droits à un logement salubre, sécuritaire et conforme aux normes réglementaires municipales en matière de logement;
- d'offrir une expertise en matière de défense des droits de locataire à faible revenu et/ou présentant une problématique atypique;
- d'offrir un support à la clientèle d'autres ressources communautaires;
- d'établir un registre des immeubles à logement et des maison de chambres présentant ou ayant présenté une problématique de non-conformité;
- de servir de « bouc émissaire » afin de protéger les locataires de représailles de locateurs véreux et récalcitrant;
- de diminuer le phénomène de l'itinérance en garantissant l'application des lois d'ordre public de protection;
- de participer au développement de politiques sociales;
- d'effectuer les représentations et la mobilisation des différents acteurs;
- d'élaborer une stratégie simple, mais bien structurée, comprenant différentes étapes et actions de sensibilisation et de mobilisation;
- de mettre en oeuvre différents moyens d'action pour favoriser la mise en place d'un soutien individuel et collectif;
- de mettre en place d'une procédure de relogement en cas d'évacuation de locataires;
- d'obtenir un accès aux rapports d'inspection, en toute conformité aux lois sur l'accès à l'information, afin d'élaborer des stratégies coercitives et de recours optimaux;
- de se présenter comme un lieu privilégié de médiation entre l'individu et la collectivité, comme des lieux d'apprentissage de la citoyenneté;
- d'Élaboration et mise en œuvre de normes de pratique et éthique en matière d'activité locatives;
- de développer des méthodologies de résolution de problèmes de situation litigieuse;
- assurez l'efficacité et la probante des interventions de conciliation et de médiation a la RDL.

Le capital social se serait considérablement dévalorisé dans une certains nombre de communauté et de régions (Paquet, 1999). Ainsi, **« la société civile »** est de plus en plus valorisée. La **« National Civil League »** aux États-Unis propose certains critères pour la concrétiser :

4. la participation des citoyens et leurs interactions ;

5. le leadership de la collectivité (leaders politiques, économiques et civiques) et la volonté des leaders de prendre des risques et des initiatives ;

6. la performance des instances, particulièrement sur le plan local ;

7. le bénévolat, la philanthropie et la réciprocité — l'entrepreneurial local et la création d'emplois sont grandement favorisé.

La coopération (l'association, les réseaux, la réciprocité) s'impose comme une modalité de coordination entre les différents acteurs et organismes publics de la société civile. « Le Protecteur du Locataire » concentre une double vocation, sociopolitique et sociale.

MISSION DE « LE PROTECTEUR DU LOCATAIRE »

L'intervention du « Le Protecteur du locataire » est complémentaire à celle de ses coopérants[xvi]. Elle se distingue par sa perspective d'ensemble sur tous les secteurs de la vie sociale et sur l'ensemble de la clientèle visée. Ses moyens spécifiques d'intervention sont axés sur la vigie et le soutien-conseil, sur la concertation, la coopération, et la coordination.

- Lutter contre l'exclusion socioéconomique par le partage des analyses critiques afin de jouer un rôle essentiel d'éducation et de conscientisation au sein de la communauté;

- encourager l'action sociale et communautaire en matière de logement;

- adopter des mesures préventives face au resserrement du marché locatif afin d'assurer l'application des lois d'ordre public de protection en matière de louage résidentielle;

- entretenir une synergie entre la communauté et les institutions publiques et être un catalyseur de justice sociale : assurer l'application des lois d'ordre public de protection en matière de louage résidentielle;

- assurer un service pour les personnes vivant sous le seuil de la pauvreté, sur l'assistance sociale ou vivant une problématique de santé mentale ou de violence familiale;

- protéger et accompagner le locataire dans sa démarche de défense des droits en matière de louage résidentielle;

- fournir un encadrement et un accompagnement dans la démarche du recours à la RDL pour la clientèle du « Protecteur du locataire » par l'usage de « l'empowerment », permettre à la clientèle d'acquérir une autonomie et des outils afin de se maintenir sur le marché du louage résidentiel (atténuation de l'itinérance et de la précarité résidentielle);

- mettre en vigueur des protocoles d'entente entre les différents acteurs concernés (Service des permis et inspection, Direction de la santé publique, ASSS, CSSS, RDL) afin de soutenir les interventions faites. Approfondir les liens avec « les comités logement », les associations communautaires et les organismes publics, mettre en œuvre un plan d'action qui pourrait présenter l'ensemble des moyens à déployer pour résoudre ou prévenir les situations de mauvaises conditions de logement et de difficulté de mise en

[xvi] Coopérant : Qui coopère. Coopère : Agir de concert, travailler conjointement pour... Collaborer à : s'associer à quelque chose pour réaliser une même entreprise.

œuvre d'un recours. Il comprendra plusieurs volets : information des résidants et des propriétaires, mise à contribution de divers services municipaux, identification de zones d'intervention prioritaires et tout autre moyen permettant d'améliorer le maintien aux normes des logements, etc.

VALEURS DE LA « PROTECTEUR DU LOCATAIRE »

Les valeurs constituent des facteurs puissants de la conduite humaine. Elles en sont à la fois point de référence, mobiles profonds, sources vives de dynamisme, motifs d'engagement et de dépassement, ouverture vers les dimensions les plus universelles de l'âme des personnes comme des sociétés. Implicitement ou explicitement, des valeurs fondent toujours les choix qui président à **« l'agir »** personnel ou collectif[49].

8. **La justice sociale : « Le Protecteur du locataire »** se veut être le révélateur de facteurs structurels et organisationnels à la source des problèmes sociaux en matière de logement et du cycle de dégradation du tissu social ;
9. l'accompagnement : agir a titre de guide et de conseiller ;
10. **« l'empowerment »** (autonomisation) ;
11. la concertation, le partenariat, la coopération et la télécollaboration[xvii] ;
12. l'action intersectorielle[xviii] ;
13. la représentation collective;
14. la mobilisation;
15. la pédagogie **« actualisante »**.

La pratique préconise aussi les perspectives suivantes :

> *« la volonté et la capacité d'intervenir sur les problèmes sociaux collectifs vécus par les personnes appauvries économiquement, marginalisées socialement et culturellement ou discriminées politiquement, l'analyse de ces problèmes en fonction, non pas d'une faiblesse de la personne qui les vit, mais d'une distribution inégale du pouvoir — social, économique et politiques — et dont les solutions passent par le renforcement du pouvoir des communautés, et des individus et finalement un parti pris pour la démocratie et l'autogestion des communautés ».*

DE L'ACTION SOCIALE

« L'action sociale est une approche de défense et de promotion des droits des citoyennes et citoyens, en particulier des moins favorisés, qui mise sur la revendication et les pressions en opposition au pouvoir dominant (Rothman, 1979). »

« L'approche sociopolitique » (action sociale) se définit par les caractéristiques suivantes :

16. la résolution de problèmes sociaux par les groupes sociaux les plus démunis, à travers un travail de défense et de promotion de leurs droits ;

[xvii] Activité structurée dans laquelle des organismes, des acteurs utilisent les outils d'Internet afin de communiquer et de collaborer en vue de rassembler, analyser et partager des informations et des connaissances.
[xviii] Relatif à des secteurs d'activités différents, à des compétences diverses.

17. l'attention porté à certains problèmes sociaux ;

18. l'organisation d'actions directes, l'éducation populaire, l'information communautaire et la négociation de solutions avec les autorités en place ;

19. une action collective.

DE L'ACTION COMMUNAUTAIRE ET SOCIAL

Le « **champ** » de « **l'action sociale** », en mouvement et en construction en raison des nouvelles problématiques, des nouvelles mobilisations et des nouvelles pratiques qui s'y développent. C'est l'espace que créent les mouvements sociaux par la redéfinition des problèmes sociaux, la définition et l'entrée en scène de nouveaux acteurs et la production de nouvelles pratiques alliant revendication de droits et de programmes sociaux, ainsi que le développement de nouvelles stratégies et approches dans l'intervention sociale. C'est le lieu d'expression du **travail social « réformateur »**, il est produit par des acteurs aux valeurs et motivations diverses. Il est par ailleurs fréquent de retrouver les « **militants-intervenants** » dans les programmes de formation en **travail social**, avec comme principale motivation non pas l'acquisition d'un statut professionnel, mais celle de connaissances et d'outils d'analyse et d'intervention.

Dans le cadre de la mise en œuvre du « **Protecteur du locataire** », l'organisation communautaire peut être conçu comme une intervention de changement social planifié dans et avec les communautés locales. Selon Kramer et Specht (1983, p. 14) : « *[elle] renvoie à différentes méthodes d'intervention utilisées par un agent de changement professionnel pour aider un système d'action communautaire composé d'individus, de groupes ou organisations à s'engager dans une action collective planifié dans le but de s'attaquer à des problèmes sociaux en s'en remettant à un système de valeurs démocratique*[50]. »

Également, le « **Protecteur du locataire** » privilégie comme mode d'intervention le point de vue d'un art et d'un savoir faire en matière d'animation des communautés, en matière d'organisation et de négociation, d'information et de formation de leaders communautaires, de planification de projets, de coordination et de concertation entre différentes composantes d'un milieu. Cet art ou ce savoir-faire s'exerce à intérieur de stratégies diverses.

L'organisation communautaire comprend essentielle le développement et la mise en pratique d'un corpus de connaissances systématisées[xix], issue de divers approches théorique et conceptuels (de la psychologie, de la sociologie et de la philosophiques) ainsi que de l'apports des enseignements tiré de l'expérience de la mouvance communautaire.

20. L'approche sociocommunautaire (entraide et service de proximité) :

21. revitalisation, recomposition et prévention de la dégradation du tissu social ;

22. la résolution de problèmes sociaux des groupes sociaux vivant la vulnérabilité ;

23. l'attention porté sur la marginalité, l'exclusion sociale, l'itinérance, la santé mentale ;

24. agir sur les facteurs de risque environnementaux relevant du tissu social ;

25. promotion de pratique d'intervention clinique et de relation d'aide.

[xix] Regrouper des éléments en système.

DU « PLANNING SOCIAL »

Les interventions de « **planning social** » prennent racine dans une démarche « **socio-institutionnelle** » ou des **experts**[xx] oeuvrant à l'intérieur des organisations publiques ou parapubliques déterminent les éléments de la problématique ainsi que les actions prioritaires à poser (Rothman, 1979). Elle exige souvent la mis en en œuvre au plan local de politiques ou de programmes publics, ou d'ajustements législatifs.

« **L'approche socio-institutionnelle** » (**planning social**) se caractérise par les éléments suivants :

26. la résolution des problèmes sociaux de communautés locales par **une intervention de proximité** ;
27. le recours à **la démarche scientifique** et aux experts dans l'identification des problèmes prioritaires, la conception de « programme-cadres », l'identification de moyens d'implémentation de ces programmes dans la communauté locale ;
28. l'implémentation, sur **le plan organisationnel**, de services communautaires dans la communauté locale pour des populations clairement identifiés ;
29. l'organisation de la concertation entre les organismes de l'État et les ressources communautaires locales (Bourque, 2005) ;
30. la participation des organismes communautaires et de la population à la planification d'organisation de service public et parapublics[xxi].

DE LA JUSTICE SOCIALE ET DU DEVELOPPEMENT DE POLITIQUES SOCIALES

Les notions de défense des droits et de **développement des politiques sociales** sont intimement liées à la notion d'agent de changement, définie comme étant « *toute personne ou acteur qui agit consciemment dans un environnement en vue d'y introduire un changement* ». Notre action peut faire l'objet d'une stratégie précise aux visées globales — sur des enjeux sociétaux fondamentaux — ou aux visées individuelles, au nom de clients ou de membres que « **Le Protecteur du locataire** ».

Le développement des politiques sociales comprend, quatre composantes principales :

1. l'analysent, des fondements des politiques sociales et des orientations gouvernementales;
2. l'analyse de l'impact des orientations gouvernementales;
3. l'influence des orientations gouvernementales concernant les populations cibles : les regroupements et les organismes peuvent être affectés par des politiques sociales sectorielles concernant des populations cibles;
4. les diverses activités que peuvent entreprendre les regroupements et organismes au cours du processus de développement des politiques sociales : de la participation à la conception et à la présentation de mémoire, jusqu'à la mobilisation contre un projet de politique sociale.

Afin de garantir la protection des droits individuels en matière de logement, nos intervenants seront souvent appelés à jouer un rôle de médiation entre un organisme gouvernemental et les apprenants. Bien qu'invisible et non reconnu, il s'agit d'un travail essentiel. La défense des droits individuels ou la prise en charge individuelle basées sur

[xx] Personne qui a acquis une grande connaissance ou un grande habileté dans un domaine. Le signataire aimerais noter que la définition juridique se décline ainsi : Personne chargée de faire des examens, constatations ou appréciations de fait en vue de la solution d'un procès.

[xxi] Se dit d'un organisme ou d'une entreprise qui dépend de l'État tout en jouissant d'une certaine autonomie dans ses statuts ou dans sa gestion.

« l'empowerment », leur responsabilisation progressive et leur autonomisation dans le cadre de l'exercice de leur citoyenneté. Elle demande de les informer, de les soutenir et de les accompagner auprès des instances décisionnelles pour s'assurer que leurs droits soient respectés.

Le développement de « l'empowerment » des individus peut nécessiter la mise en place de programmes et d'activités d'information, d'entraide et de formation : l'objectif est de les aider à acquérir les compétences qui leur permettront de surmonter les obstacles et de régler eux-mêmes les problèmes. La défense des droits individuels peut s'avérer le prélude à la défense des droits politiques, le premier pas qui permet aux individus d'augmenter le niveau de contrôle sur leur propre vie et éventuellement de travailler au nom des droits collectifs.

Ainsi, comme le souligne Bonin (1991), « *L'objectif d'intervention n'est plus uniquement de fournir une réponse aux problèmes, mais de mobiliser toutes les ressources d'une manière efficace, en favorisant la création d'environnements favorables pour que les compétences puissent s'épanouir* ».

L'intervenant devra donc utiliser au maximum son potentiel de créativité (se permettre de s'aventurer dans des avenues non conventionnelles) afin d'amener la personne et son entourage à développer les compétences nécessaires dans le but de maximiser leur autonomie et leur permettre d'effectuer des choix réels dans une vaste gamme de situations possibles.

Dans une optique d'appropriation, l'intervenant devient donc une personne qui comprend une situation au lieu de vouloir la changer, une personne qui conseille et soutient au lieu de contrôler. Dans l'optique du partenariat, la personne concernée n'est plus considérée comme sujet d'intervention, mais comme partenaire.

UNE PROTECTION ET UN SOUTIEN SOCIAL

Les valeurs véhiculer par « le Protecteur du Locataire » favorisent une philosophie alternative axée notamment sur l'accueil de la personne dans le respect de ses choix, sur la primauté du lien avec l'autre dans un rapport volontaire et égalitaire, sur la conception globale de l'individu plutôt que sur une vision fragmentaire de celui-ci en termes de besoins, sur la capacité à reprendre du pouvoir sur sa vie et sur l'enracinement d'une pratique au coeur de la communauté.

D'une part, l'accueil joue un rôle fondamental dans le rapport de la personne à elle-même et dans l'évolution de ses rapports avec les intervenants et les services (Rodriguez et collab., 2006 : 151). « *[...] une place considérable est réservée à l'accueil de la personne, à l'écoute et à la communication dans la relation. La personne est accueillie dans sa souffrance psychique et relationnelle, dans sa différence et dans sa façon propre d'être au monde. De même, elle est accueillie à son rythme et dans un rapport axé principalement sur ses désirs et ses besoins dans un cheminement vers son mieux-être*[51] ».

D'autre part, Cutrona et Russel (1990), tiré de Provost (1995) ont identifié cinq fonctions principales du soutien social :

1. **Le soutien émotif** permet à la personne de sentir qu'on s'occupe d'elle et devient une sorte de sécurité émotive lors des moments difficiles.

2. **Le soutien d'estime** fournit des signes de rétroaction positive favorisant ainsi le sentiment de compétence chez la personne et son estime de soi.

3. **L'intégration sociale** donne à l'individu un sentiment d'identité face à un groupe, c'est ce qui crée l'accessibilité à d'autres personnes ainsi qu'à des activités sociales et récréatives.

4. **L'aide tangible** réfère à une assistance concrète qu'une personne peut nécessiter dans une situation de stress (aide psychologique, support moral, matériel, etc.).

5. **Le soutien d'information** peut donner certaines réponses pour résoudre un problème ou orienter vers les ressources nécessaires.

DE L'ÉTIQUE

Selon Jean-François Malherbe[52], « *l'éthique est l'art de devenir sujet. Le but fondamental de l'éthique, c'est que chaque humain soit le véritable sujet de sa propre existence, c'est que chacun devienne lui-même, que ce que nous sommes, ce que nous disons, ce que nous faisons, les relations que nous entretenons avec nous-mêmes et avec les autres, que tout cela jaillisse de plus profond de nous-mêmes, du plus profond de notre identité humaine. En autres termes, la requête éthique est que chacun devienne autonome* ».

DE L'ACCOMPAGNEMENT

Cette approche permet une démarche se démarquant des modes d'action ouvrant la porte à l'affirmation de sa citoyenneté par l'intermédiaire d'un engagement dans des organismes ou dans la communauté. L'objectif consiste à faire émerger (verbalisation, mentalisation) l'expression des besoins et des aspirations des personnes pour la résolution de son problème de logement. L'approche se fonde sur la présence volontaire du client en favorisant l'écoute et la discussion tout en soutenant la recherche de moyens de prise en charge de la problématique par ce dernier en usant des ressources externes telles que les institutions publiques ou communautaires.

Selon Renaud (1997 : 156), l'accompagnement permet « *d'établir une rencontre ou est ouverte la possibilité de la construction d'une relation significative à partir de la reconnaissance de la personne comme "acteur-sujet" de son histoire* ». L'action est définie comme l'accompagnement d'une personne en quête du sens de son expérience litigieuse avec son locateur.

Cette conviction que les personnes ont la capacité de définir et d'entreprendre elles-mêmes les actions nécessaires au changement est aussi à la base de certains types **« d'empowerment »** (Miley, O'melia et Dubois, 1998). L'intervenant cherche à établir un rapport égalitaire, se considérant comme **« partenaire collaborateur »** plutôt que comme expert professionnel. Cette approche favorise un travail proactif orienté vers le mieux-être et misant sur le potentiel des personnes.

L'accompagnement prend en compte une vision globale prenant en considération la complexité des réalités humaines (sociales, historiques, politiques, environ mentales, économiques, psychologiques, relationnelle, etc.). **« Le Protecteur du locataire »** désire s'étendre sur une conception de l'action centrée autant sur les causes que les conséquences des situations vécurent par les individus.

L'efficacité de **conseiller**[xxii] les candidats futurs plaideurs avant le déclenchement des procédures a convaincu différentes administrations de la justice de mettre en place des structures de conseil, tel, par exemple, au Royaume-Uni, le Citizens Advice Bureau (CAB) subventionné par la Commission des services judiciaires.

Au Chili, après trois années de formation, les étudiants en droit sont habilités à représenter des personnes défavorisées devant les tribunaux, sous le contrôle de leur professeur avocat. L'exercice de la profession d'avocat est soumis à un stage préalable.

DE L'EMPOWERMENT (AUTONOMISATION)

« L'empowerment » agit comme une force d'émancipation dans un contexte d'exclusion sociale, de précarité socioéconomique, en accroissant le pouvoir des individus, des groupes ou des communautés qui en sont dépourvues.

[xxii] Conseiller : Personne qui donne des conseils. Un conseil : activité quasi-professionnelle consistant à mettre ainsi ses connaissances à la disposition d'autrui (organisme communautaire de conseil). Un conseiller est une Personne qui, à titre quasi-professionnel, conseille — aviser par conseils, suggestions, recommandations — une autre personne dans la conduite de ses affaires.

« Cette notion fait référence au processus permettant à la personne de retrouver son autonomie et d'avoir une plus grande maîtrise de sa vie. [...] travailler dans une perspective où l'on doit miser sur les forces des individus demande que les praticiennes et les praticiens adoptent une attitude de collaboration qui soit respectueuse des droits des usagers [...] de permettre aux personnes concernées de participer activement aux choix des services et des moyens qui les aideront à atteindre leurs buts personnels[53].»

Englobant la reconnaissance du droit des individus à l'autodétermination, cette philosophie propose d'accompagner les personnes dans une démarche d'appropriation de pouvoir sur leur vie (Parazelli : 1996) ; cette notion renvoie à celle de l'autonomisation (**empowerment**). Se fondant sur un rapport volontaire et égalitaire plutôt que sur une relation d'expert à client avec les usagers, l'approche tend à encourager et assister les personnes à définir elles-mêmes leurs problèmes, leurs besoins ainsi que les pistes de solution à envisager pour résoudre leurs situations (verbalisation et mentalisation).

Aussi, l'appropriation est un *« processus par lequel des gens, des organisations ou des communautés gagnent de la maîtrise sur leurs affaires »* (Rapport 1987 tiré de Jutras et collab., 1994). Ce concept sous-tend donc une présomption de compétence. En effet, l'appropriation signifie que la personne et son entourage possèdent les capacités de s'impliquer dans la définition et la distribution des services qui les concernent. Nous reconnaissons ainsi que la personne et son entourage à le droit d'être eux-mêmes, d'avoir plus d'opportunité de choix et de prendre des décisions (Hurteau et Boutet, 1993).

« Pour respecter l'optique de l'approche communautaire et permettre à la personne de se réapproprier sa vie, il est nécessaire devrons outiller la personne, son entourage et les ressources du milieu en vue de développer un meilleur sentiment de confiance et de compétence en leurs ressources » (Hurteau, 1988). Nous devenons ainsi des facilitateurs de l'appropriation en aidant les personnes à clarifier ce qu'elles veulent et non ce que nous voulons pour elles (Soulières, 1992). Ainsi, il s'agit de mettre en place des conditions qui favorisent le bien-être, qui activent les solidarités pour affronter de façon novatrice de nouveau problème social et rebâtir des conditions de développement local où les personnes ont du pouvoir sur les décisions les affectant. Pour Nimacs (1995), un travail **« d'empowerment »** est indissociable de l'action pour enrayer l'oppression.

« Le principe d'empowerment n'est pas un état de fait, mais plutôt une prise de conscience qui enclenchent une démarche personnelle et par lesquels la personne acquiert des sentiments de capacité et des habiletés lui permettant de contrôler davantage sa propre destinée. »

L'empowerment est le contraire de la **« prise en charge de la personne »** par une autre personne. **L'empowerment** aide et favorise l'autonomie, et ce, afin d'augmenter l'estime de soi, de réduire l'isolement social et de développer une motivation à chercher constamment des solutions à ses problèmes, ainsi que d'acquérir un meilleur contrôle sur sa vie quotidienne. Dans le cas qui nous intéresse, cela signifie être capable d'intégrer le marché du travail et de s'y maintenir.

Il faut aussi préciser qu'être autonome dans le processus **d'empowerment** ne veut pas dire uniquement de régler ses problèmes tout seul, mais d'être libre dans l'utilisation des ressources existantes (personnelles, communautaires, privées ou publiques). C'est justement cette autonomie qui permet de s'approprier du pouvoir sur sa vie.

Sommairement, on distingue trois formes **d'empowerment**. Ainsi, **« le self-empowerment »**, ou le développement de l'autonomie, vise essentiellement l'élimination des barrières limitant le développement de la personne, **« l'empowerment collectif »** tend à l'élimination des causes structurelles du sous-développement et de l'exclusion **« l'empowerment communautaire »** postule qu'une véritable prise en charge passe par la responsabilité mutuelle et le respect de la dignité humaine. Toutefois, avant d'exercer un pouvoir sur le **plan individuel**, et ce, en travaillant simultanément sur quatre composantes principales : la participation, la compétence technique, l'estime de soi et la conscience critique[54].

LA CONCERTATION

La concertation est un processus formel de gestion et de coordination peu hiérarchisé, reposant sur une adhésion volontaire des groupes et des institutions en vue de se fixer et d'atteindre des objectifs communs, ou du **« Protecteur du locataire »**. Elle se matérialise souvent par la mise en place de tables de concertations, ou la présence du **« Protecteur du locataire »** à diverses tables de concertations.

Les relations extérieures entretenues par **« le Protecteur du locataire »** avec divers partenaire se traduisent par la mise en œuvre d'une multitude de formes de coopération et de concertation dans leurs milieux respectifs. La concertation et la coopération peuvent se situer non seulement au niveau sectoriel, régional ou national, mais aussi au niveau de l'entreprise.

« Pour comprendre les subtilités de la concertation au Québec, il faut donc analyser les différents niveaux du processus qui comprend les éléments suivants : la recherche de voies d'accès de la part des groupes, l'ouverture d'un dialogue, l'échange d'informations, l'analyse conjointe de la conjoncture, les négociations et les compromis, la réalisation d'un consensus sur les solutions à mettre de l'avant et, finalement, la mise sur pied d'institutions et/ou de mécanismes précis pour faciliter un consensus plus large et plus durable » (Fournier, 1988, p. 3).

« Le partenariat est la collaboration entre le monde des affaires, des organisations à but non lucratif et des organismes publics dont les risques, les ressources et les capacités sont mis en commun et partagée au sein de projets profitant à chaque partenaire et, plus généralement, à l'ensemble de la communauté. » (Stratton, 1989, p. 79).

LE PARTENARIAT

Le partenariat consiste en une action partagée par laquelle des acteurs aux visées différentes veulent travailler ensemble. C'est un engagement et un partage de certaines décisions à toutes les étapes du processus. Ce mode de fonctionnement implique nécessairement une ouverture d'esprit. Il s'agit en fait de viser une concertation régulière empreinte de rapports égalitaires et centrée sur les besoins des personnes.

Ceci sous-tend l'établissement de liens de nature égalitaire entre les parties. L'intervenant cherchera ainsi à établir des collaborations avec les différentes ressources autour de la personne en respectant leurs valeurs et leur savoir-faire. Chaque personne ou ressource sera reconnue comme ayant le potentiel nécessaire pour intervenir selon son champ d'expertise et l'union de ces divers potentiels complémentaires créera une synergie facilitant la réalisation d'objectifs communs.

Le partenariat implique **des relations contractuelles d'alliance volontaire**, incluses dans **un contrat formel**, qui définissent le partage du pouvoir (s'il y a lieu), des responsabilités et des ressources d'intervention entre les partenaires publics, privés, institutionnels ou associatifs.

> *« Partnership is a dynamic relationship among diverse actors, based on mutually agreed objectives, pursued through a shared understanding of the most rational division of labour based on the respective comparative advantages of each partner. Partnership encompasses mutual influence, with a careful balance between synergy and respective autonomy, which incorporates mutual respect, equal participation in decision making, mutual accountability and transparency. » Brinkerhoff (2002, p. 21)*

« La concertation et **le partenariat** sont deux facettes imbriquées d'une même réalité :

- **la concertation**, c'est s'entendre pour agir ensemble et réfléchir sur des modalités de réalisation d'une action conjointe;

- **le partenariat**, c'est une action partagée entre différents acteurs qui agissent selon une entente établie entre eux par la concertation. » (Vachon, 1992, p. 20) ;

Valeurs et attitudes partenariales :

- Adopter une ouverture d'esprit;
- établir des rapports de confiance;
- faire preuve de souplesse dans les moyens à utiliser pour obtenir un résultat;
- toujours pensé en fonction d'une complémentarité de services;
- avoir un intérêt marqué pour les ressources de la communauté;
- faire preuve de créativité.

L'ACTION INTERSECTORIELLE

Un guichet unique offrant un continuum d'accès à des services est un concept qui fait à la froide allusion à la **continuité**. Et la complémentarité des services s'adressant à la clientèle cible. Un continuum implique nécessairement l'utilisation de multiple service, intensif ou occasionnel, dispensé par les établissements publics, les institutions administratives, des organismes de la communauté (acteurs sociaux) incluant les groupes communautaire. Ainsi, ces entités sont interreliées par le biais du « **Protecteur du locataire** ».

LA REPRESENTATION COLLECTIVE

Le rôle de **la représentation collective** vise à influencer les instances en rapport avec **les intérêts** qu'un organisme communautaire.

« **Le Protecteur du locataire** » se distingue du fait qu'elle ne représente un groupe de personnes, mais bien la solution à une problématique social. « **Le Protecteur du locataire** » est un lieu de convergence, de l'action, de pratiques, de connaissance, d'acteurs et d'organismes, et des personnes sous l'égide du « **Protecteur du locataire** ». « **Le Protecteur du locataire** » représente donc une solution à une problématique bien définit et ce sont les individus « **eux-même** » qui se représentent, le protecteur jouant ainsi un rôle structurant, mobilisateur, organisateur et motivateur.

« **Le Protecteur du locataire** » repère dans le monde social les positions des autres représentants collectifs, identifie les points de convergence et de divergence, examine les compromis potentiels de part et d'autre et crée des alliances.

« **Le Protecteur du locataire** » consulte les organismes public et communautaires, les acteurs sociaux et les personnes sous l'égide du « **Le Protecteur du locataire** ». Il s'assure de détenir un mandat clair tout en disposant d'une marge de manoeuvre suffisante pour exercer un pouvoir sur la détermination des orientations. Un/Une représentant(e) du « **Protecteur du locataire** » peut siéger au sein d'instances, s'occuper de la rédaction de mémoires, être porte-parole lors d'une table ronde ou d'une conférence de presse. **La représentation** doit s'exercer avec force, rigueur et cohérence.

LA MOBILISATION

La mobilisation s'opère à partir de problématiques et d'enjeux bien définis reconnus dont la résolution génère un consensus : **la mobilisation** vise le changement par un engagement collectif. Il s'agit donc de se doter d'une structure, d'un(e) porte-parole et de moyens concrets pour agir en cohésion. La phase organisationnelle du

processus de mobilisation est donc cruciale : il faut clairement définir la vision commune et former l'équipe de représentation. La mobilisation demande aussi d'évaluer l'impact des tactiques planifiées en fonction de la stratégie et des objectifs à long terme. Il est important pour « le Protecteur du locataire » de ne pas mobiliser les gens dans une aventure non structurée et irréaliste car il en va de la crédibilité même de l'organisation.

Il ne s'agit pas de mobiliser un groupe de personne dans l'optique du militantisme. Il s'agit, d'une part, de mobiliser l'individu, d'abord pour acquérir une certaine autonomie citoyenne, créant ainsi une dynamique favorable à la praxis de la citoyenneté. « Le Protecteur du locataire » n'est qu'un catalysateur. D'autre part, de mobiliser les acteurs sociaux ainsi que les organisme communautaire et public vers une action correctrice tout en ayant un impact sur le cycle de dégradation du tissue social.

A titre d'exemple, on encouragera l'apprenant et l'apprenante à s'investir dans des organismes communautaires de son choix, ou de bénéficier de la prestation de service fournit par ces derniers.

DE LA PEDAGOGIE « ACTUALISANTE »

« La pédagogie actualisante » est un processus interactif de socialisation/autonomisation qui s'adapte aux caractéristiques individuelles de chaque apprenante ou apprenant[xxiii] et qui vise à actualiser leur plein potentiel dans leurs dimensions intrapersonnelle, interpersonnelle et sociale. Cette pédagogie comprend plusieurs volets interdépendants et complémentaires qui, réunis, constituent une conception de vie et une philosophie éducative. (Université de Moncton, juin 1997, p. 12).

L'un des principes sous-jacents à « la pédagogie actualisante » est l'optimisation des apprentissages chez tous les apprenants et apprenantes, qui deviennent le moteur ou l'élément le plus important de changement dans leur vie.

Les huit volets de la pédagogie actualisante :

31. Pédagogie de l'unicité ;
32. Pédagogie de l'accueil et de l'appartenance ;
33. Pédagogie de la conscientisation et de l'engagement ;
34. Pédagogie de la participation et de l'autonomie ;
35. Pédagogie de la maîtrise de l'apprentissage et du dépassement de soi ;
36. Pédagogie de la coopération ;
37. Pédagogie intégrative et réflexive ;
38. Pédagogie de l'inclusion.

[xxiii] Personne en processus d'apprentissage, suivant un enseignement.

DE L'INNOVATION : « LE PARADIGME » AU CŒUR DU CHANGEMENT

(Voir : chapitre sur l'apprentissage par projet)

Du grec *paradeigma* (*para* : à côté de, *deigma* : ce que l'on montre). Le *paradeigma* réfère à la chose sensible ou activité concrète, en-soi sans importance particulière, mais ayant valeur d'exemple privilégié, dont la connaissance aisée sert à obtenir par analogie la connaissance d'une réalité essentielle[55,56]. Elle réfère également à la notion de modèle[xxiv].

Un paradigme[xxv] est un système de référence, ou un cadre conceptuel général, qui reflète un ensemble de normes, de principes et de règles admises par une majorité d'individus au sein d'une discipline, ou même d'un ensemble de disciplines, et à l'intérieur duquel des théories sont élaborées, testées, évaluées, et révisées (Audi, 1995)[57]. Ipso Facto, le paradigme sert de phare ou de guide qui délimitent un cadre normatif à partir duquel des groupes concernés formulent des questions légitimes, identifient et mettent au point des techniques et des stratégies appropriées, attribuent un sens aux résultats atteints et aux solutions émergentes et, enfin, déterminent les projets et les actions à poursuivre pour effectuer le travail au sein de la discipline (Levy, 1994)[61].

Le concept de paradigme se défini en fonction de trois champs, soit 1° épistémologique, 2° ontologique et 3° méthodologique (Guba & Lincoln, 1994)[58]. Cependant, Lincoln et Guba (2000)[59] croient qu'il serait pertinent d'ajouter une quatrième dimension à l'explicitation des fondements d'un paradigme, soit le champ axiologique — champs relatifs aux valeurs et à la science des valeurs (ou champ théologique).

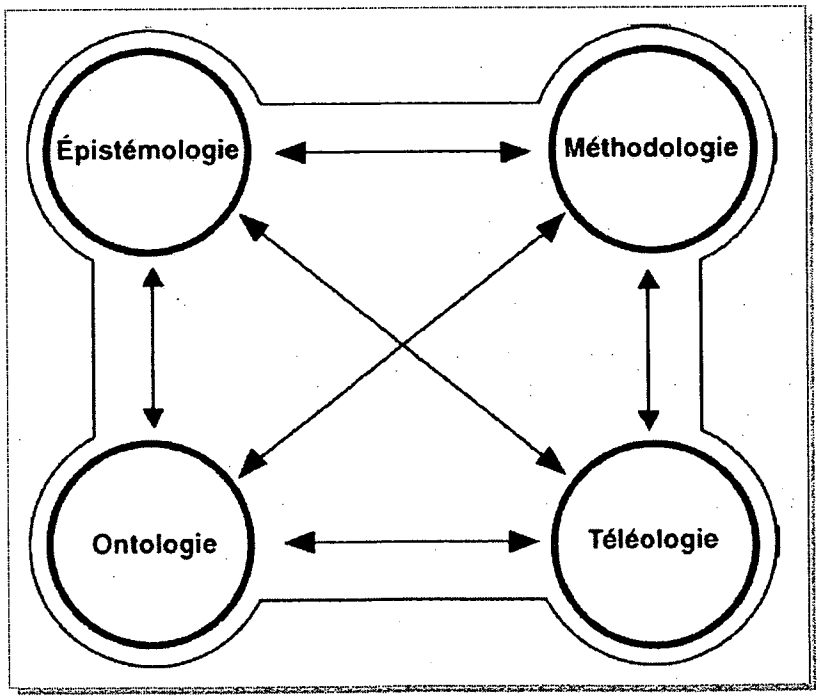


Figure 1 les quatre champs constitutifs d'un paradigme

Les quatre champs du paradigme renvoient au processus de développement des connaissances et à leurs applications concrètes dans la mise en œuvre d'actions sociales et communautaires :

[xxiv] Représentation structurelle, organisationnelle, fonctionnelle et dynamique d'une réalité.
[xxv] Conception théorique dominante qui a cours à une certaine époque dans une communauté scientifique.

39. le fondement **épistémologique** aide à circonscrire une vision du monde et à délimiter les frontières de l'approche de recherche (Levy, 1994)[61]. Elle permet de définir un vocabulaire. ;

40. le fondement **ontologique** décrit la nature, la constitution et la structure de la réalité, et ce qu'on peut savoir des entités qui existent (Audi, 1995)[60]. Elle utilise le vocabulaire pour décrire la réalité qu'elle observe;

41. le fondement **méthodologique** réfère aux méthodes, aux procédés et aux techniques avec lesquels on appréhende le monde vécu et qui permettent de formuler des constats. Il s'agit donc de la panoplie de moyens pouvant être mis en oeuvre dans le processus d'élaboration des connaissances;

42. le fondement **téléologique** réfère aux finalités et des projets poursuivis à travers l'activité de développement de connaissances, ce qui révèle, en l'occurrence, les intentions et les intérêts des chercheurs ainsi que les responsabilités dont ils s'investissent par rapport à leurs travaux (Levy, 1994)[61]. Il s'agit des valeurs, des croyances et des intérêts à l'origine des choix théoriques et méthodologiques;

L'élaboration d'éléments de théorie et de méthode que devrait comporter un cadre conceptuel pour une pratique favorise la construction de divers types de savoirs à travers l'(inter)action, et ce, autant au niveau individuel que collectif.

Il s'agit de créer **un espace démocratique et moteur d'innovation**, un lieu de **« théâtre[xxvi] »** dynamique et interactif d'interpénétration[xxvii], d'imbrication[xxviii], d'interdépendance[xxix] et de transaction[xxx] entre de multiples acteurs et partenaires, afin de conjuguer une pluralité des savoirs disciplinaires et formels des professionnels (Macdonald et Bunton, 1992)[62] avec les savoirs populaires (Popay et Williams, 1996)[63] et les savoirs pratiques (Rootman et O'Neill, 1994)[64], expérientiels et informels (Levy, 1995)[65] de tous les acteurs et partenaires concernés. Cette conjugaison de savoirs est devenue essentielle afin de mieux comprendre et de traiter les multiples déterminants d'une réalité observable ainsi que leurs complexes interactions. C'est donc la possibilité d'aborder de manière interreliée et délibérée tant le développement de savoirs d'ordre conceptuel ou théorique que le développement de savoirs d'ordre méthodologique afin de mieux faire, être, savoir et devenir dans le monde.

La transmutation de paradigme est inspiratrice de changements sur **le plan des pratiques, des modalités[xxxi] d'action et d'interventions, des savoirs, des « savoir-faire », des « savoir-être »**, et ce, dans un contexte d'imputabilité scientifique et administrative (Labonté, 1994a)[66] ainsi que sociale, est au cœur du changement paradigmatique. Elle réfère donc au concept de pluralité : une pluralité d'acteurs sont convié à observer une pluralité de réalités qu'il importe de saisir à l'aide d'une pluralité de savoirs à construire (ou déjà établit) et d'une pluralité de pratiques et de projets à considérer et à mettre en oeuvre. Devant ces pluralités, qui créent une situation complexe et dynamique, la quête de consensus absolus et de solutions uniques apparaît illusoire, voire contre-productive et contraignante. Ceci étant, la gestion de la pluralité constitue un défi central dans notre société (Bernstein, 1992; Habermas, 1984, 1987)[67, 68, 69].

Le concept de **« pluralisme discordant »** introduit par Gregory (1996)[70] et inspirée de Bernstein (1992)[67] propose **la métaphore de la constellation** pour concevoir **l'espace dynamique** où s'entrecroise et s'entrechoque **une pluralité** d'acteurs. Ce faisant, cette métaphore permet de concevoir l'effet de la juxtaposition **d'une pluralité** de points de vue, qui se manifeste, notamment, par des forces d'attraction entre points de vue convergents; et par des forces de répulsion entre points de vue radicalement discordants, au-delà de toute réconciliation. Bernstein argumente alors que les attractions entre points de vue convergents peuvent donner lieu à l'émergence de conceptions partagées et novatrices et, ainsi, favoriser le développement de certains consensus et liens

[xxvi] Lieu où se déroule un événement.
[xxvii] Pénétration mutuelle des champs de connaissances et de pratiques.
[xxviii] Lien étroit entre des champs de connaissances et de pratiques.
[xxix] Dépendance mutuelle des champs de connaissances et de pratiques.
[xxx] Opération d'échange de données, d'informations, de connaissances et de pratiques entre différents systèmes (prestataires de service, acteurs).
[xxxi] Façon dont doit être effectué (méthode) ou appliqué (outils) quelque chose.

d'interdépendance entre des acteurs différents. Les forces de répulsion, quant à elles, en exposant des divergences d'idées, peut aider à mieux comprendre les fondements et les implications de ses propres positions et de celles d'autrui, et donc appuyer le développement d'autonomies respectives.

S'inspirant à la fois de cette métaphore et de ce que Habermas qualifie de **« délibération démocratique »** (Chambers, 1995)[71], Gregory (1996)[70] propose que la pluralité soit non seulement agréable, mais porteuse de potentiels arborant une diversité de savoirs, de réalités, de pratiques et de projets, ou l'espace se transforme au rythme des interactions entre les acteurs dans la mesure où il y a possibilité de délibérations valorisant une communication pragmatique et éthique[xxxii].

Gregory suggère, en particulier, qu'une pluralité de points de vue peut se suppléer l'une l'autre, tant à travers leurs concordances que leurs discordances, et ainsi donner lieu au développement de compréhensions nouvelles à travers **l'interaction, la dialectique, et la réflexivité; à la production de solutions novatrices** pour faire face à des problèmes communs; ainsi qu'à l'amorce de transformations qui tentent de tenir compte des réalités partagées avec autrui et des réalités propres à chacun. Lamoureux (1994)[72] parle ainsi d'une dynamique de la participation.

Dans la mesure où plusieurs paradigmes coexistent à un moment donné (Feyerabend, 1979)[73], il convient donc de définir un paradigme approprié par l'élaboration d'un cadre conceptuel, de normes de pratiques, de systèmes de référence, pour une pratique novatrice qui trouve sa justification dans un double impératif de développement de nouvelles connaissances et de transformation des **« pratiques »**. Ce contexte justifie la volonté d'élaboration d'un cadre conceptuel, de normes de pratiques, de systèmes de référence, tous comportant des éléments de théorie et de méthode, et la nécessité d'exposer par **« le point d'ancrage paradigmatique »** l'articulation des valeurs, des croyances et des intérêts à l'origine des choix théoriques et méthodologiques. La dimension **axiologique** (ou théologique) prend donc son sens dans **l'intentionnalité** et **la finalité** du processus d'acquisition et de développement de **la connaissance** ainsi que de **l'action** qui en découle.

La conception d'un paradigme est un appui pertinent pour composer avec certains défis majeurs, soit :

- *le défi de concevoir et de décrire la nature complexe du monde et du vécu.* Toutefois, étant donné la diversité et la multitude de sujets, il s'agira nécessairement d'une **« ontologie »** pluraliste qui reconnaît l'existence de nombreuses perceptions d'une pluralité de **« mondes vécus »** plutôt qu'une seule réalité indépendante, préexistante et ordonnée par des lois naturelles et immuable;

- le défi de **la construction de connaissances** valables et transférables;

- le défi du partage de la connaissance;

- le défi de la gestion de la pluralité;

- et le défi inhérent à **la poursuite de la mission régulatrice, réformatrice, transformatrice** et **« autonomiste »** dans l'action sociale et communautaire. Puisqu'on y reconnaît la nécessité d'identifier, d'interpréter et d'expliciter les multiples intentions, finalités et projets inhérents au processus de construction des connaissances entreprises par les sujets en (*inter*)action dans le monde, il est question d'une **« téléologie engagée »** puisque les sujets connaissants endossent les responsabilités inhérentes à la (*co*)création du sens attribué au monde et de l'usage qui est fait des nouvelles connaissances et des conséquences de cet usage sur les transformations engendrées dans le monde.

[xxxii] Selon Chambers (1995), Habermas distingue la *communication pragmatique* axée sur la recherche de moyens pour arriver à des fins de la *communication éthique* axée sur la quête de compréhension de soi et d'autrui. Toutes deux font partie du processus de délibération démocratique qui inclut également une troisième dimension discursive, soit la communication morale axée sur l'établissement d'une entente partagée quant aux principes moraux fondamentaux devant régir la vie en société.

DES INTERVENANTS ET DE LEURS APPROCHES : VERS UN CHANGEMENT PARADIGMATIQUE

L'**intervenant** doit détenir un « **savoir-faire** » important lié à certaines habiletés techniques telles que l'analyse des situations problématiques complexe, la mobilisation des personnes et des groupes, l'animation de rencontres et d'assemblées, la mise en place de moyens originaux et efficaces, la gestion des ressources financières et humaines, etc. **L'intervenant communautaire** se doit donc composer avec un corpus de connaissance de divers horizons, et c'est là l'aspect professionnel et scientifique du métier.

« *Tous les chemins mènent à Rome* ». Ainsi, une technique d'intervention favorisera l'encadrement de la personne sans toutefois compromettre son « **empowerment** » tout en lui fournissant un cadre à l'aide duquel la méthode d'intervention de l'aidant est « **spécifique** » et « **propre** » à chaque individu et, mais s'avère **globale** et **générique** dans son approche. **L'aidant est un guide et un conseiller, un partenaire** de la personne choisissant les chemins qu'il estime approprier afin de répondre a ses besoins et ses désirs.

Car « **devenir** » c'est également oser rêver. C'est élaborer de nouveaux projets, c'est également faire autrement dans un désir de changement et de dépassement intrapersonnel et interpersonnel. C'est se placer dans l'ordre de l'idéal et lui conférer une place dans nos représentations sociales. Cela implique nécessairement un voyage introspectif[xxxiii] et réflexif[xxxiv], ainsi qu'une exploration minutieuse de son environnement. En outre, la capacité de l'être humain à se représenter le futur par l'entremise d'un projet lui serait même spécifique et la distinguerait, entre autres caractéristiques, de l'espèce animale selon L. Not (1987)[74]. Selon Courtois et Josso (1997), nous vivions dans une société à projets : projets communautaires, projets organisationnels, projets d'entreprise, projets de loisir, projets de développement, etc.

Il s'agit ici de favoriser l'évolution de la personne par l'élaboration de projets (apprentissage par projet[75]) à l'aide : de la prise de conscience, de la démarche introspective et réflexive, de l'acquisition de nouvelles connaissances et compétences, de l'autonomisation (*empowerment*), de l'amélioration des stratégies d'adaptations (*coping*), de l'élaboration de « **stratégies de résolution de problèmes** », et ce, dans l'atteinte d'un meilleur savoir, « **savoir-faire** » et « **savoir être** ». Elle permet d'éviter de simplifier abusivement la complexité croissante des problématiques et de mutiler le dynamisme inhérent aux contributions essentielles d'une pluralité d'acteurs, comme c'est actuellement le cas pour le système de sécurité du revenu.

Elle privilégie plutôt une forme de participation à travers laquelle les apprenants peuvent prendre une part active, en fonction de leurs capacités et de leurs intérêts, au développement de savoirs et d'interventions ayant une incidence sur des problèmes qui les préoccupent. **La construction de connaissances** à travers l'(inter) action évoque, d'une part, la primauté de l'action dans la production de la connaissance et, d'autre part, le processus synchrone de développement de connaissances et de transformation du monde vécu et du vécu. Ainsi, l'importance accordée à l'action, la nécessaire réciprocité des processus de développement de connaissances et d'intervention, amène « **l'action intentionnelle** » servant à transformer le monde vécu en source d'apprentissage, favorisant d'autant l'organisation et la compréhension des expériences vécues et du monde qui entoure la personne, en plus de permettre la conception de stratégies d'adaptations novatrices et d'assurer une acquisition de l'information optimale. Puis, récursivement, ces savoirs renforcent la capacité d'agir et de savoir encore et davantage afin d'améliorer la qualité de vie de la personne ou de la collectivité concernée (Bernstein, 1971; Dewey, 1958)[76, 77]. C'est donc un processus de renforcement des connaissances à la base de la croissance de l'estime de soi dans l'action et l'apprentissage.

On distingue un double niveau développemental d'acquisition des connaissances : 1° celui de la personne aidé, qui lors de ses apprentissages acquiert une meilleure connaissance de soi, et de nouvelles habiletés et compétences,

[xxxiii] Observation systématique de la conscience d'un sujet par lui-même. Connaissance de soi par soi. Mode d'appréhension directe de ses états de conscience par un sujet, rendu possible par la présence à soi de la conscience.

[xxxiv] Se dit de l'acte de l'esprit portant son attention sur ses propres opérations et représentations, du regard que le moi dirige, faisant retour sur lui-même, sur les composantes de son propre vécu. *La méthode réflexive* est celle de l'analyse phénoménologique, ou élucidation de l'essence vécue « *intuitionné* ». La conscience réflexive, conscience positionnelle de soi, se différencie du rapport immédiat de soi a soi qui accompagne ordinairement notre visée des objets.

afin d'amélioré sa situation socioéconomique et dans une démarche de croissance personnelle par la participation a un projet de changement personnel. 2º celui du « *protecteur du locataire* », dans son souci d'observations et d'analyse des phénomènes individuels et collectifs dans une perspective psychologique et sociologique reliées aux domaines de la prévention, de la protection et de l'intervention ou encore de celles s'inscrivant dans l'axe de connaissance/surveillance.

Le changement paradigmatique et **l'apprentissage par projet** relève de l'utilisation d'une **nouvelle approche globale** incorporant une pluralité d'approche d'intervention — qui rappelle l'**éclectisme** — permettant de répondre à un ensemble disparate de configurations de besoins et désirs spécifique à la personne — mais répondant a un besoin de la communauté et a des critères d'ordre systémique.

A titre d'exemple, deux actions sont possible : 1º au lieu de cuisiner la nourriture pour son adolescent, 2º il vaut mieux apprendre à son adolescent le savoir-faire afin qu'il puisse se nourrir. L'un engendre la dépendante, l'autre l'autonomie.

L'apprentissage par projet place l'apprenant dans l'action. Il fournit une occasion privilégiée de confirmer l'adage de Dewey selon lequel c'est en agissant que l'on apprend (*learning by doing*). **Le projet** incarne l'idée que tout savoir procède principalement d'une construction de la part de l'apprenant. **Le changement paradigmatique** reconnaît la centralité du sujet dans le processus de construction de connaissances et invoque la contribution et le respect des apports particuliers de tous les partis impliqués. Elle valorise **la production de connaissances** permettant aux acteurs et partenaires interpellés de transiger de manière plus intelligible et donc plus efficacement. Elle favorise la (co)création, voire la (co)construction, dans l'(inter)action de **la construction de connaissances** dans un monde complexe, à travers le dialogue et la réflexivité, au développement de compréhensions nouvelles et à la formulation de solutions novatrices pour faire face à des problèmes et des préoccupations communs.

« **Une action en puissance**[78] » procède de l'intention intimement lier à l'action, en comparaison du désir. Le projet est dont une intention de passé **du désir à l'intention**.

LES INTERVENANTS ET LEURS APPROCHES

	COMMUNAUTAIRE	INSTITUTIONNELLE
DÉSIGNATION DE LA PERSONNE SELON L'APPROCHE	Personne.	Malade, patient ou client.
LES INTERVENANTS	Une équipe d'intervenants oeuvrant sur une base égalitaire avec des expertises diverses.	Une équipe multidisciplinaire fonctionnant souvent de manière hiérarchique avec une expertise collégiale ou universitaire.
EXPERTISE	Pairs aidant, intervenants communautaires, conseillers en défense de droits, psychologues, travailleurs sociaux, ergothérapeutes, infirmières, éducateurs, etc.	Psychiatres, psychologues, travailleurs sociaux, ergothérapeutes, infirmières, éducateurs, etc.
LES BESOINS DE LA PERSONNE	Répond à la demande et permet de la formuler et de trouver le moyen d'y répondre.	Analyse objective des besoins à partir de critères prédéfinis et du diagnostic.
FONCTIONNEMENT DE LA DÉMARCHE SUR UNE BASE VOLONTAIRE	La personne elle-même se manifeste et la démarche se fait.	Clientèle regroupée, déjà ciblée.
SOLUTIONS AUX PROBLÈMES	Croyance dans les capacités de la personne, c'est-à-dire favoriser la démarche que la personne a choisie sans porter de jugement	Vise le meilleur intérêt du point de vue des intervenants, c'est-à-dire que l'on juge de ce qu'il y a de mieux pour la personne.
IMPLICATION DE LA PERSONNE	Solidarité et lieu d'appartenance.	La personne face à plusieurs services et intervenants dans un contexte d'isolement.

SERVICES	Véritable lieu démocratique où la personne est appelée à jouer un rôle significatif dans les services.	Déterminés par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

Tableau 1 Les approches classiques d'intervention.

FAVORISER LA PRISE EN CHARGE COLLECTIVE

Or, jusqu'à preuve du contraire, le gouvernement semble avoir choisi d'abandonner les victimes à elles-mêmes et aux organismes communautaires qui ne semblent pas disposer des moyens requis pour leur venir réellement en aide aux personnes vivant une problématique de précarité résidentielle.

Selon le rapport « **Bon Voisinage** », Bilan d'un projet pilote d'intervention communautaire, réalisé par l'OMH de Montréal-Nord à l'intention de la SHQ, expose l'organisation et le développement du projet, ainsi que ses effets dans la vie des locataires de *la Place Normandie*. Ainsi, le cas de *la place Normandie* fait école en cette matière. En effet, avant 1998, *la Place Normandie* était un complexe d'habitations à loyer modique (168 logements) de mauvaise réputation, aux prises avec une rotation élevée de locataires, des difficultés de recrutement, des problèmes de négligence et d'abus reliés à l'isolement des familles, des incivilités et de la petite délinquance (vols, vandalisme, drogues).

Deux ans plus tard, un partenariat solide a été établi entre l'OHQ et des acteurs de premier plan de la communauté locale. Un projet pilote d'intervention autorisé par la SHQ, et baptisé « *Bon voisinage* », a permis aux résidants de la Place Normandie de prendre en charge collectivement les problèmes de leur milieu et de se mobiliser pour leur trouver des solutions, améliorant ainsi leur qualité de vie. Il semble qu'un changement radical s'est produit sur les plans financiers (baisse du taux de rotation de 20 % à 7 % — élimination des menus larcins, des méfaits et de la criminalité), social (diminution de 70 % des plaintes motivées par le bruit ou les disputes entre voisins) et physique.

Toujours selon l'OHQ, en 2001, la Place Normandie jouissant d'une meilleure réputation au sein de la communauté nord-montréalaise. Ainsi, les partenaires poursuivaient les objectifs suivants :

43. Amélioration de la qualité de vie des familles (dont plus des trois quarts sont des familles monoparentales);
44. amélioration de la communication et des relations entre les voisins;
45. À briser l'isolement social des femmes et des familles;
46. améliorer la sécurité;
47. obtenir le respect des réglementations;
48. favoriser l'éducation populaire;
49. améliorer l'environnement physique;
50. susciter un sentiment d'appartenance;

L'action sociale et communautaire ainsi entreprise s'est produite d'abord par l'identification des problèmes auxquels le résidant devait faire face, de leurs besoins, de leurs attentes et de leurs rêves. On a présenté aux résidents les problèmes et les besoins collectifs comme des défis à relever collectivement. Il semble qu'un aspect important de l'action communautaire a consisté à soutenir le début de vie associative qui se manifestait dans la mise en place d'une association des locataires. La concertation et la mobilisation des ressources du milieu constituent un aspect important de cette action de prise en charge collective ou parents, jeunes, citoyens, institutions et organismes communautaires ont été interpellés.

Enfin, il semble qu'en plus des bienfaits apportés par la prise en charge collective, le projet pilote a produit des effets inattendus.

« Le Protecteur du locataire » : un quasi-appareil parapublic

« Le Protecteur du locataire » vise donc à mettre en œuvre un service, à l'aide d'un rassemblement d'acteurs sociaux et d'institutions public lié par des protocoles d'ententes et de coopération afin de faciliter l'échange d'information et l'utilisation d'expertise. « Le Protecteur du locataire » aura ses politiques, ses programmes d'actions, ses buts, etc., et plus généralement, des performances désirées. Elle vise donc à faire un pont entre diverses entités afin de fournir un guichet unique, un point d'entrée unique permettant de faire valoir ses droits de locataires pour les personnes vivant sous le seuil de la pauvreté.

La reconnaissance de l'état du « Protecteur du locataire » vise à permettre de porter une action sociale et communautaire comme acteur crédible, source d'expertise et d'analyse critique, garante de principes éthiques et philosophiques de haut niveau, soucient de fournir un service quasi professionnel et quasi juridique, et de faciliter l'accès et l'utilisation des différentes institutions publiques et acteurs sociaux, dans l'objectif de l'application des lois d'ordre public de protection en matière de logement, et en misant sur des types d'intervention alternative et novatrice. Cette capacité de faire « autrement » est directement liée à la souplesse des pratiques en milieu communautaire, en adoptant des méthodes optimales, la moins coûteuse possible, mais qui se distingue de celle de l'État.

« Le Protecteur du locataire » envisage son action :

1.

2.

« Le Protecteur du locataire » vise aussi à réduire la charge de travail, par exemple, des avocats de l'aide juridique, en référant les clients avec des dossiers quasi juridiques. Ainsi, l'avocat pourra rapidement et facilement se faire une idée de la cause et assister son client de manière optimale. À titre d'exemple supplémentaire, « Le Protecteur du locataire » pourra assister un client dans un recours simultané ou concourant à la CDPDJ et à la RDL, tout en coordonnant une inspection du logement, et en dénonçant le propriétaire aux ministères du Revenu s'il y a enrichissement injustifié (location illicite de logement à l'insu des ministères du revenu et des arrondissements).

Elle vise donc à rendre plus accessible l'accès aux institutions publiques et acteurs sociaux dans l'optique d'une action cohérente de la part du citoyen et de diminuer la charge de travail en évacuant les erreurs et plaintes non fondées, a libéré les institutions publiques et acteurs sociaux d'un travail de filtrage, d'analyse, etc.

Elle vise donc à corriger et réguler le marché du louage résidentiel « bas de gamme » qui affecte spécifiquement les personnes à faible revenu. Elle vise à diminuer la précarité résidentielle et à pacifier les relations locataire/locateur, à briser le cycle de dégradation du tissu social.

De la forme organisationnelle du « Protecteur du locataire »

« L'institutionnalisation », « la professionnalisation » et le financement du mouvement communautaire est étroitement liée à la position des organismes communautaires à l'égard de l'État. Par ailleurs, dans une stratégie déjà définit par Poulantzas (1978)[79], le gouvernement utilise le secteur communautaire comme moyen de redéploiement de se gestion : « [...] l'omniprésence du "communautaire" dans les différents lieux partenariaux sert à légitimer les initiatives gouvernementales en regard de la fragmentation de sa gestion sur les plans régional et local » (Greason, 1999, p. 83)[80].

Puisque **« Le Protecteur du locataire »** se veut être un organe régulateur du marché du louage résidentiel, le signataire estime que le processus d'institutionnalisation et de professionnalisation de certains organismes communautaires apparaît comme un processus fondamental de transformation social (Akoun et Ansart, 2000, p. 400). C'est un processus par lequel des pratiques sociales prennent corps dans des organisations, des règles et des normes, légitimement acceptées par un nombre suffisant d'acteurs pour en assurer la reproduction (Guay, 1999, p. 19). Dans ce processus, la transformation sociale s'incarne par **« Le Protecteur du locataire »**, et des façons de faire qui s'imposent. **« Le Protecteur du locataire »** en tant qu'institution préconise une **coopération conflictuelle** qui s'avère être une stratégie de **collaboration critique** avec l'État québécois.

Ainsi, **« le Protecteur du locataire »** ne fait pas partie intégrante du système public, donc du secteur public, mais agit en dissidence dans une action sociale et communautaire répondant aux besoins de la communauté afin de se prémunir de la bureaucratisation (déshumanisation systémique), et de l'imposition de structure organisationnelle de type bureaucratique. De ce point de vue, l'autonomie réelle de **« le Protecteur du locataire »** ne s'en trouve pas dénaturée, sa mission s'en trouve préservée et **« le Protecteur du locataire »** évite l'adoption d'une régie interne prédéterminée par des exigences de l'État.

Le processus d'institutionnalisation proposé procède par la reconnaissance par l'État de **« le Protecteur du locataire »**, en tant qu'acteur social, dans un processus constructif qui permet la diffusion et l'extension, dans plusieurs lieux d'un même territoire, d'une pratique innovante, qui sans une **« quasi-institutionnalisation »**, serait confinée au domaine communautaire.

L'appariement de **« le Protecteur du locataire »** par un processus d'institutionnalisation proposé procède d'une définition et d'une codification de règles normatives, produit de compromis entre les acteurs, et qui inclue un financement, les conditions de développement, les principes de démocratisation, les formes d'ententes partenariales, les politiques sociales, etc., de **« le Protecteur du locataire »**. (D'amours, 2000, p. 3).

Nous désirons donc passé d'une pratique informelle et expérimentale à une pratique organisée, quasi professionnelle, quasi juridique, plus formelle et, de plus, reconnue socialement par la communauté (Beaudoin et Favreau, 2000, p. 15) et générateur d'expertise et de connaissances.

Ce processus d'institutionnalisation se traduit par la reconnaissance sociale, la reconnaissance par l'État et du financement correspondant, la reconnaissance d'indépendance afin de préserver les qualités intrinsèques de l'action sociale et communautaire.

Proscrire l'immixtion de l'état dans la régie interne du **« Protecteur du locataire »** est primordial. Nous ne souscrivons pas, que la pauvreté du **« Protecteur du locataire »** communautaire est la condition même pour conserver un minimum, d'indépendance et d'esprit communautaire. Selon nous, la précarité financière et organisationnelle du **« Protecteur du locataire »** communautaire doit être proscrite. Ainsi donc, puisque **« le Protecteur du locataire »** propose la définition d'un organisme aux méthodes alternatives, cette dernière est dépositaire de son autonomie d'action, de consultation, de concertation, de gestion interne et externe, du développement de l'expertise relié à sa mission, de son esprit critique, etc. Elle vise à mettre en œuvre des méthodes novatrices appuyées sur une démarche philosophique, des normes, procédures et de protocoles reconnus et probante.

Ainsi donc, **« le Protecteur du locataire »** est d'une part, de nature communautaire de par sa mission, et d'autre part, de nature publique puisqu'elle vise à assurer l'application des lois d'ordre public de protection en matière de logement. Il faut donc voir **« Le Protecteur du locataire »** comme un service externaliser de l'état, ayant sa propre identité, sa propre mission et des moyens d'actions en partenariat les diverses entités de l'administration publique. C'est une boîte noire et opaque, tenue de garantir un résultat de qualité quasi professionnel et quasi juridique, lié à des organes de l'État par le biais de protocoles d'ententes et de coopérations. **« Le Protecteur du locataire »** sera donc un acteur crédible, reconnu par l'état, ayant des règles de financements appropriés, et coopérant avez les diverses institutions publiques et administratives.

Le(s) partenaire(s) public externalise des activités qu'il juge non essentielles et non productrices de revenus.

DES FORMES DE RELATIONS EXTÉRIEURES DU « PROTECTEUR DU LOCATAIRE »

Une relation touchant une large panoplie d'acteurs, institutionnels et communautaires (intervenants clefs), qui constitue différentes manières d'être partenaire dans un milieu donné : collaboration, concertation, action intersectorielle, etc. Toutefois, des divergences aux points de vue idéologiques et opérationnels marquent souvent les rapports entre le gouvernement et les organismes communautaires. **« Le Protecteur du locataire »** désire d'établir une position claire et forte en fonction de la mission qu'il défend. À cet effet, **« Le Protecteur du locataire »** peut s'impliquer à deux niveaux : macro et micro. Au niveau macro, les organismes jouent un rôle structurel; leur capacité d'influencer les politiques sociales et les orientations gouvernementales dépendra notamment d'une stratégie de mobilisation. Au niveau micro, l'exercice équitable des droits que les organismes assurent à leurs clients met à l'épreuve la légitimité des politiques sociales. Dans leurs efforts de défense des droits et de développement des politiques sociales, les organismes peuvent adopter trois approches principales : consensuelle, coopération conflictuelle, et conflictuelle.

L'approche consensuelle consiste à participer aux travaux en adhérant à leurs fondements idéologiques. **L'approche coopération conflictuelle»** (dite de la dissidence) verra **« Le Protecteur du locataire »** collaborer aux travaux sans nécessairement adhérer aux fondements idéologiques, mais en s'efforçant de réduire les écarts entre les visions communautaire et gouvernementale. **La coopération conflictuelle** qui s'avère être une **stratégie de collaboration critique** avec l'État québécois et de ses diverses constituantes. Elle évoque donc la possibilité de faire des alliances avec des partenaires institutionnels tout en conservant et en améliorant la capacité de revendiquer et de se mobiliser *en dehors des cadres formels*.

Un désaccord majeur sur les fondements idéologiques et la légitimité des travaux conduisent à l'approche conflictuelle (dite de dissidence), caractérisée par une opposition formelle aux orientations gouvernementales et une remise en question de certains travaux en cours.

« Le Protecteur du locataire » est donc un **organisme communautaire** hybride en **« dissidence »** avec l'état québécois et certaines mouvances communautaires de par sa position **antagoniste et revendicatrice**, mais dans une perspective de **coopération conflictuelle**. En effet, **la dissidence** du **« Protecteur du locataire »** s'affirme par **le biais de critiques et observations, de revendications politiques, de propositions de réforme, de propositions de projet pilote ou de propositions table de concertation**, etc.

Il s'agit, premièrement, de relations nouées entre pairs au sein des regroupements sectoriels et intersectoriels; deuxièmement, de relations touchant une large panoplie d'acteurs, institutionnels et communautaires, qui constituent différente manières d'être partenaire dans un milieu donné : collaboration, coopération, concertations, action intersectorielle.

LES FORMES DE RECOMMANDATIONS

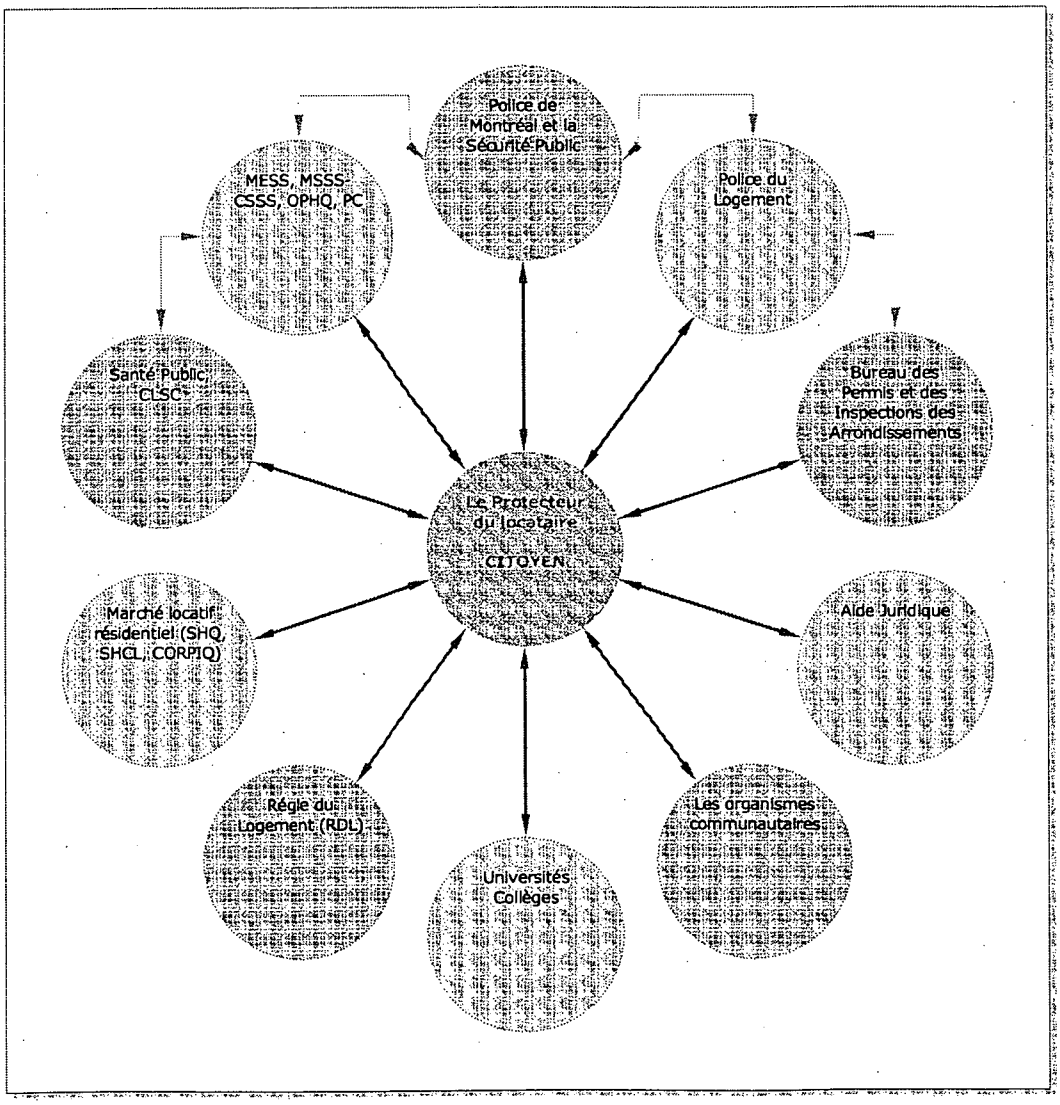
Chaque recommandation du **« Protecteur du locataire »** sera toujours accompagnée d'un descriptif de mise en oeuvre afin d'assurer la pertinence, la probance et la faisabilité, et adapter aux besoins des décideurs et acteurs.

Cette technique vise à présenter au lecteur non seulement des recommandations correctrices, mais de suggérer une vision des moyens possible et probable à mettre en œuvre afin d'alléger les réflexions, les études et les recherches du décideur.

L'objectif du **« Protecteur du locataire »** est de soulager les divers acteurs public et communautaire d'un certain fardeau de travail en introduisant des méthodes et normes de pratiques assainissante et en maximisant l'accès et l'utilisation des services offert par ces acteurs.

DE LA SYNERGIE

L'impératif actuel du partenariat et de coopération vient de *la pénurie des logements locatifs à prix abordables* et une certaine complicité avec les organismes. Bien que l'on pouvait se réjouir de quelques statistiques positives entre 1996 et 2001, *la pénurie de logements* vient démontrer toute la faiblesse des mesures visant à respecter *le droit au logement*. « **Le Protecteur du Locataire** » préconise une approche « **multipartenariale** » mettant à contribution les secteurs publics, associatifs et privés ou les principaux acteurs sont lié organiquement par des ententes et ou tous les acteurs sont lié virtuellement par des ententes de projets, de coopération et de collaboration. Elle envisage le principe de « **multi-activité** » (formation des population résidentes, renforcement du tissu social, ...).



« **Le Protecteur du locataire** » propose donc une stratégie de redéfinition des rapports sociaux par laquelle différents acteurs aux visées différentes participent ensemble par une mise en réseau à l'élaboration d'un nouveau contrat social. Il s'agirait d'un partenariat avec l'État (et ses institutions) et les acteurs sociaux participant à l'élaboration d'un nouveau modèle de gestion de problèmes lié à l'application des lois d'ordre public de protection en matière de louage résidentielle.

Les enjeux entourant la dynamique partenariale nécessitent l'élaboration d'une nouvelle stratégie concernant les rapports avec l'État, les organismes public et communautaire. Fondé sur une **collaboration critique** avec l'État, ses institutions et organismes, cette stratégie de « **coopération conflictuelle** » encourage à la fois les conflits et les compromis en vue de créer de nouveaux espaces de médiation entre l'État et la société civile (Dommergues, 1988; Doré, 1991; Lamoureux, 1994 ; Lévesque et Mager, 1993).

Sommaire des étapes de mise en œuvre

51. Établissement du plan d'affaire (12 mois) :
    - Analyse de la situation du marché locatif résidentiel ;
    - Analyse de la situation des ménages faibles revenus affectés par le resserrement du marché locatif « **bas de gamme** »;
    - Analyse et définition de la structure organisationnelle ;
    - Analyse et définition de formes de relation externe ;
    - Analyse de la législature sous la juridiction de la RDL ;
    - Analyse et définition des normes, prescriptions techniques, protocoles de références, entente de service ou de « *per diem* » [xxxv] ;
    - Recommandations de mise en œuvre avec les acteurs sociaux et institutions administratives et public.
52. Projet pilote de 2 ans (mise en œuvre) ;

[xxxv] Un « *per diem* » correspond à une entente formelle avec « le protecteur du locataire » concernant des services dispensés par l'un des partenaires à des personnes dirigés vers cette dernière.

Recommandations secondaires

Faire valoir son droit à un logement en bon état ne doit pas se traduire par une éviction.

DES MESURES D'AJUSTEMENTS LÉGISLATIFS

1. Sommaire des ajustements législatifs en matière de louage résidentiel :

   1.1. Nous demandons que les amendes et les constats (de non-conformité et d'infraction) soient attitrés à l'immeuble ainsi qu'au locateur. Nous estimons que l'activité locative de logement est une responsabilité. Ainsi, les plaintes devraient être attachées à l'immeuble. Les informations « non nominatives reliées à l'immeuble à logement devraient être disponibles au citoyen.

   1.2. Permettre aux inspecteurs des arrondissements d'exiger l'écrit obligatoire comme prévu au Code civil du Québec lors de la conclusion du BAIL. En effet, le locateur est tenu, dans les 10 jours de la conclusion du bail, de remettre un exemplaire du bail au locataire, ou dans le cas d'un bail verbal, de lui remettre un écrit indiquant le nom et l'adresse du locateur, le nom du locataire, le loyer et l'adresse du logement loué et reproduisant les mentions prescrite par les règlements pris par le gouvernement. Cet écrit fait partie du bail. Le bail ou l'écrit doit être fait sur le formulaire dont l'utilisation est rendue obligatoire par les règlements pris par le gouvernement[36]. Or le bail et/ou l'écrit obligatoire constituent une pièce que nécessitent les inspecteurs municipaux afin de déterminer certaines non-conformités (c.-à-d. : dans le cas des « maison de chambres »);

   1.3. d'introduire l'**exception d'inexécution** au règlement sur la procédure de la RDL : permettre au locataire, lors de l'introduction d'une requête pour non-paiement de loyer, de présenter l'exception d'inexécution comme moyen de défense, si et seulement si, le locataire est pourvu d'un rapport d'inspection produite par un inspecteur du bureau des permis et inspection d'un arrondissement Conséquences :

      1.3.1. afin de diminuer le nombre important de requêtes en matière de non-paiement de loyer;

      1.3.2. afin de permettre l'application des lois d'ordre public de protection;

DES AUTRES MESURES

1. Faciliter les procédures de plaintes des arrondissements et accélérer les suivis afin que les plus vulnérables ne soient pas découragés à faire respecter leurs droits à un logement salubre et sécuritaire. Énoncer clairement les délais maximaux de traitement des plaintes et les délais afin d'assurer la conformité aux normes réglementaires municipales en matière de logement (sécurité, salubrité, zonage);

   1.1. le maintien d'un rapport de l'état de l'immeuble (certificat d'immeuble) ;

   1.2. le maintien d'un carnet d'entretien de l'immeuble;

   1.3. le maintien d'un guide des procédures d'urgence;

   1.4. le maintien d'un registre des baux et écrit obligatoires;

   1.5. promouvoir le logement social sous toutes ses formes;

[36] Art. 1895, C.c.Q.

1.6. toute personne devrait être en mesure de pouvoir formuler une plainte, notamment les intervenant-e-s communautaires, institutionnelle lorsque la santé publique ou la sécurité publique est concerné.

2. Élimination des « maison de chambres » dont l'environnement exacerbe un ensemble de facteur de risque pour la sécurité et la santé publique ainsi qu'à la santé mentale.

LES RECOMMENDATION : SVPM

Du préambule

De l'audience

Ce chapitre s'adresse aux décideurs, conseillers et aux intervenants du Service de Police de la Ville de Montréal (SPVM), ainsi qu'à tous acteurs associé ou collaborateur.

À la lumière du modeste corpus théorique actuellement colligé sur le sujet, le signataire tente de tracé les premiers jalons d'une étude analytique qui se veut un effort exploratoire en vue de construire une vison d'une problématique d'intervention policière en matière de santé mentale dans le cadre de la **dynamique relationnelle** « ***perverse*** » entre locateurs et locataires.

Des objectifs

> Que l'on soit politiquement de « *gauche* » ou de « *droite* », une problématique est une problématique et il faut éviter de se garder d'intervenir sous prétexte idéologique. La dégradation du tissue sociale est un phénomène en soi et relève certainement de la sécurité et de la santé publique. Sa résolution passe donc nécessairement par l'approche de la résolution de problèmes.
> (Philippe Jean)

Ce chapitre vise à fournir les recommandations pertinentes en matière d'intervention au Service de Police de la Ville de Montréal dans une perspective d'une dynamique relationnelle dite « **perverse** » entre locataire(s) et locateur(s).

Ce chapitre s'avère donc une version préliminaire, qui vise à mettre en évidence une problématique de nature civile qui a souvent pour effet de rendre nécessaire l'intervention des Policiers.

Ce chapitre vise également à éclairer et dégager des pistes et des moyens d'interventions innovatrices permettant d'éviter et de se prémunir de la récurrence de la nécessité d'intervenions policières dans le cadre d'une dynamique relationnelle « **pervers** ». Il est à noter qu'il sera possible d'étendre ces notions et connaissances à d'autre situation ou une dynamique relationnelle « **perverse** » est à l'oeuvre tel que les situations de violence conjugale ou de violence aux enfants.

Du « *Nota Bene*»

Ce chapitre est constitué de l'opinion du signataire car l'ouvrage ne bénéficie pas de l'attribution de références pertinentes ni d'une étude exhaustive de la problématique, démarche essentielle à l'élaboration de recommandations finales probantes et optimales. Malgré ces lacunes, ce document préliminaire permettra de dégager une perspective suffisante d'un phénomène social qui mérite une étude et une attention particulière.

OBSERVATIONS

- Cet ouvrage contient l'**opinion** du signataire. Afin de fournir des recommandations précises, probantes et optimales, une analyse exhaustive est nécessaire, ce qui ne sera fait que dans les versions subséquentes de ce papier ;
- Le signataire connaît peu du **domaine policier** bien qu'il ait pu tirée quelques enseignements de ces observations.

Du sommaire

DE LA POLICE COMMUNAUTAIRE ET DE L'ATTRITION BUDGÉTAIRE

Les policiers ont pour fonction de maintenir la paix, l'ordre et la sécurité publique, de *prévenir le crime et les infractions*, de *rechercher et d'arrêter les criminels*, de mener *les enquêtes criminelles* et d'appliquer *les règlements municipaux*, *le Code de la sécurité routière* et *les autres lois provinciales ou fédérales*. Car l'on sait que pour la société, des comportements très agressifs coûte très chère : on estime, par exemple, qu'une carrière criminelle démarrée dans l'adolescence coûtera à la société plus de deux millions de dollars (Cohen, 1998).

Dans un contexte d'attrition budgétaire, l'amélioration et l'augmentation de la productivité, ainsi que la qualité des interventions en matière civile deviennent des enjeux stratégiques importants pour la santé et la sécurité civile. Puisque la mission de la Police n'est pas de « policé[xxxvii] » les relations civiles entre citoyens, il devient important de circonscrire les phénomènes sociaux de manière à éviter ou limiter l'intervention policière inutile.

Pour le signataire, la nécessité d'une « police civile » ne fait aucun doute. Compte tenu de la mission communautaire du SPVM, ces derniers peuvent jouer un rôle « régulateur » dans la dynamique relationnelle des citoyens. Ils en ont même la mission !

DE LA SANTÉ PUBLIC ET DE LA SANTÉ MENTALE

Éliminer la dégradation du tissu social signifie que « *des efforts pour préserver la santé en minimisant, et lorsque cela est possible, en supprimant les influences environnementales, sociales et comportementales nuisibles, mais aussi en procurant des services efficaces et efficients pour rétablir la santé, et lorsque cela est impraticable, réduire la souffrance, l'invalidité et la dépendance au minimum*[81] » doivent nécessairement mise en œuvre en manière de prévntion de la santé.

Selon Hancock (1999, 2000, 2001)[82,83,84], la promotion de la santé concerne la création des conditions environnementales, sociales, économiques, culturelles et politiques globales qui permettent et favorisent l'amélioration de la santé. Il indique que la promotion de la santé prend appui sur le développement de la capacité des gens, non seulement en tant qu'individus, mais aussi en tant que groupes, de prendre le contrôle de leur propre santé et de l'améliorer[85].

Selon *l'Organisation mondiale de la Santé*, les problèmes de santé mentale font partie des risques les plus importants et les plus négligés jusqu'à présent[86]. Au Canada, les estimations du poids financier des problèmes de santé mentale varient entre 13 et 14 milliards $ par année, dont 4 milliards $ pour le Québec[xxxviii].

En cinq ans, entre 1987 et 1992, le taux de détresse psychologique (*stress*, *burnout*, *dépression* relève tout de problèmes de santé mental) de la population québécoise est passé de 19% à 26% (35% des élèves, 33% des personnes sans-emploi)[87]. Également, les troubles mentaux affecteraient près de 12 % de la population. Ainsi, 1 québécois sur cinq est susceptible de développer un trouble mentale au cours de sa vie. La violence conjugale, les mauvais traitements à l'égard des enfants, l'alcoolisme et les toxicomanies sot des phénomènes qui nuisent à la santé mentale des individuel. Selon *l'Institut de la statistique du Québec*, de 1990 à 1997, le nombre de réclamations acceptées à la CSST comme étant liées au stress, à l'épuisement professionnel ou à d'autres facteurs d'ordre psychologique a presque doublé, passant de 530 à 994 pour des déboursés annuels allant de 1,5 à 5,1 millions $[88].

[xxxvii] Rendre civilisé; adoucir les mœurs de ;
[xxxviii] Chaire de gestion en santé et sécurité du travail de l'Université Laval.

LES DETERMINANTS DE LA SANTE

Les Priorités nationales de santé publique 1997-2002 définissent l'intervention actuelle de santé publique comme « *l'action sur les déterminants de la santé et du bien-être au niveau de la population et des systèmes qui la régissent* » (*Ministère de la Santé et des Services sociaux*, 1997). Dans ce document, les déterminants sont divisés en cinq catégories :

- les facteurs endogènes ou biologiques;
- les habitudes de vie et les comportements;
- l'environnement physique;
- l'environnement social : milieux de vie (famille, école, travail) et conditions de vie (revenu, scolarité, logement, emploi, événements stressants);
- l'organisation du système de soins et de services.

« *Dans la réalité, l'état de santé et de bien-être de la population résulte de la conjonction de ces nombreux déterminants et de leu s multiples interrelations* » (*ibid.*).

DE LA VIOLENCE PSYCHOLOGIQUE ET MORALE : LA VIOLENCE INDIRECTE

Le premier juin 2004, entraient en vigueur au Québec des dispositions législatives visant à contrer le harcèlement psychologique au travail. Tel que libellé, le texte de loi vise à protéger la victime d'une atteinte à sa dignité ou à son intégrité psychologique ou physique, et à empêcher une dégradation de son milieu de travail. Les réformes de certaines législations[xxxix] québécoise à légitimer le constat établit du phénomène de **« violence psychologique et morale »** ce qui permet de déduire que le législateur a reconnu la nécessité d'intégrer le concept de **« harcèlement psychologique et moral »**, concept récemment développé dans un champs de la psychologie dite de la **« victimologie »**.

Ainsi, les principales dimensions de l'organisation du travail qui ont été reliées au harcèlement psychologique concernent l'intensification du travail, la faiblesse de l'autorité hiérarchique et la précarisation du lien d'emploi. A partir de ces constatations, le signataire estime que la prévalence de violence psychologique et morale dans la société est facilitée par la dégradation du tissu social. Ainsi, la faiblesse des interventions policières en matière d'incivilité, la précarisation socioéconomique et l'itinérance, les dérives du marché locatif résidentielle « bas de gamme », sont autant de dimension relevant de l'organisation civique. Également, des éléments culturels font référence aux normes et aux valeurs propices à l'éclosion de **« violence psychologique et morale »**. Il s'agit, entre autre, de la banalisation ou de la négation du phénomène de **« violence psychologique et morale »**, de la tolérance aux incivilités et de l'iniquité ou de l'injustice en milieu urbain.

Dans le contexte de la recherche en cours en milieu correctionnel québécois (Vézina et coll., 2003)[89], on a pu observer que le non-respect de certaines règles (*implicite*), par exemple en dénonçant un collègue ou en témoignant contre un autre agent, ou encore en faisant preuve de favoritisme ou d'une trop grande familiarité avec les détenus, pouvait s'accompagner de comportements hostiles et même violents envers les agents responsables de ces manquements au code d'honneur.

[xxxix] Entre autre, *la Loi sur les normes du travail* ;

La normalisation du « **violence psychologique et morale** » peut donc être liée à la transgression de normes implicites dans le milieu. On comprend que, dans un tel contexte, il soit difficile pour la victime et même pour un témoin de dénoncer son agresseur, de peur notamment des représailles qui pourraient s'ensuivre. Participant tous au jeu de la compétition, tout comme adhérant tous aux mêmes règles implicites du milieu, les citoyens « témoins » d'actes de violence peuvent en venir à avoir recours à la stratégie des « œillères volontaires » (Molinier, 2005)[90], à instaurer une complicité collective à s'adapter à la banalité du mal, à ne plus la dénoncer et même à y participer (Dejours, 1999)[91]. Par-dessus tout, des taux élevés de comportements problématiques affectent négativement les 'bons' enfants, les enfants **prosociaux** — qui composent la majorité. Les enfants **prosociaux** deviennent souvent des victimes; leur milieu scolaire devient moins courtois et, par voie de conséquence, leurs propres comportements peuvent se détériorer. Même les enfants **prosociaux** pourront à l'occasion manifester un ou deux des comportements problématiques qui figurent ci-dessous, ce qui représente en soi un changement par rapport au passé (Moffitt et collab., 2001).

La régulation de la dynamique relationnelle entre citoyens prend donc une toute nouvelle dimension en considération de la « **violence psychologique et morale** ». En outre, des conflits non où mal gérés constituent un terreau fertile à l'émergence de la « **violence psychologique et morale** » et de problématique de santé mentale.

Le signataire vise donc à mettre en évidence la dimension « **criminelle** » de ce phénomène qui n'est pas encore prise en compte dans la législation canadienne et québécoise en terme de criminalité. Également, le domaine de la problématique de **la dynamique relationnelle « perverse »** entre citoyens recouperait les domaines de la santé mentale[92] et du travail. En effet, l'activité locative du petit locateur/propriétaire relève essentiellement d'une activité entrepreneurial, ou le Locateur[xi] est « **patron**[xii] » ou « **propriétaire**[xiii] » et en position d'autorité de par sa situation. L'utilisation de la « **violence psychologique et morale** » se situe toujours dans une perspective du rapport de force et de la recherche du pouvoir absolu sur autrui est de mise.

La violence psychologique, à laquelle les auteurs réfèrent en utilisant différents concepts (ex. : harcèlement psychologique, intimidation, harcèlement moral, abus de pouvoir, mobbing, bullying), bien qu'elle soit considérée par plusieurs comme la forme de violence la plus commune au travail (Soares, 2002; Hirigoyen, 2001; Vézina et coll., 1999; Baron et Neuman, 1996; Leymann, 1996; Keashly, Trott et MacLean, 1994), est beaucoup moins documentée que la violence physique ou le harcèlement sexuel. On la définit essentiellement comme un comportement spécifique intentionnel qui s'exprime à travers différents canaux de communication (verbal, gestuel, regard, posture, etc.), de façon active ou passive, directe ou indirecte dans le but explicite d'atteindre (ou risque d'atteindre) une personne et de la blesser sur le plan émotionnel (Damant, Dompierre et Jauvin, 1997). Il s'agit d'une forme de violence particulièrement sournoise et insidieuse.

Dans cette perspective contraignante, les observations permettent de dégager que :

- la « **violence psychologique et morale** » implique nécessairement un citoyen « **pervers** » ;
- que ce citoyen possède des comportements et attitudes qui lui sont en partie inconsciente mais conserve une certaine intentionalité (consciente ou inconsciente);
- que ce citoyen peut être un locateur (et ses acolytes), ou un locataire (et ses acolytes) ;
- que la nécessité d'intervention policière comme suite à une plainte du citoyen implique nécessairement une relation conflictuelle de nature « **perverse** » et une situation de crise ;
- qu'il y a probablement une problématique de santé mentale auprès de l'un ou de tous les antagonistes.

[xi] Propriétaire d'un immeuble qui loue celui-ci ou une de ses parties.
[xii] Personne qui tient un commerce de très petite, petite ou moyenne importance.
[xiii] Personne qui possède un immeuble loué à des locataires.

Dans le cadre de la violence psychologique et moral, il faut adopter, dans l'analyse d'une situation de harcèlement psychologique et moral, un cadre qui déborde la relation « bourreau-victime » pour intégrer les dimensions environmentale, organisationnelle et culturelles à l'œuvre. L'environnement perverti, celle qui constitue un terrain propice au développement de comportements pervers, celle « *dont les contradictions favorisent la transgression des règles communes, la subversion des rôles et des fonctions, le discrédit de la vérité* ».

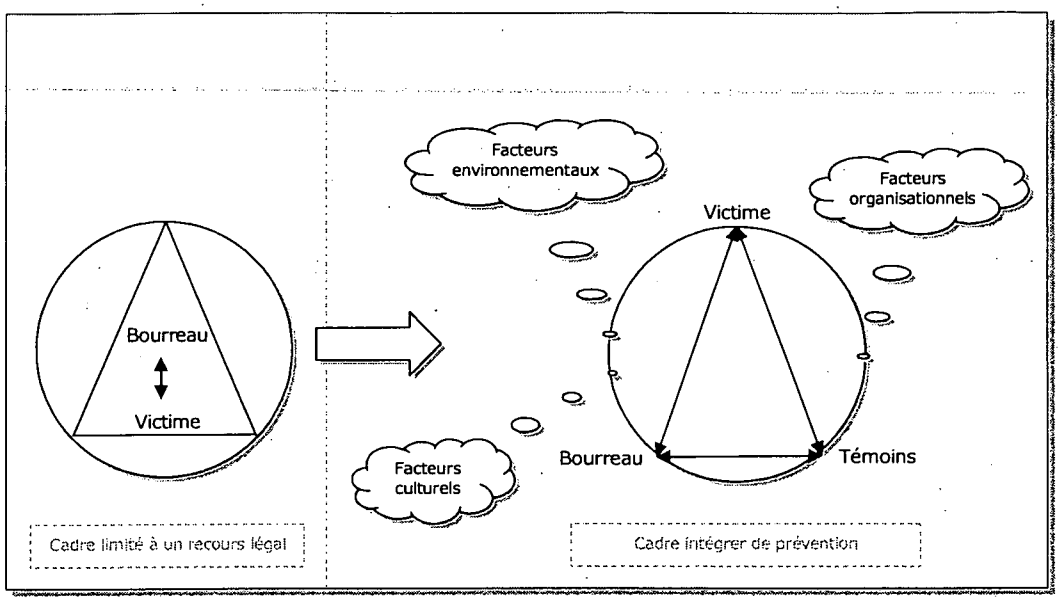


Figure 2 Cadre d'analyse d'une situation de violence psychologique et morale.

Des perspectives

INTRODUCTION

DE L'ETABLISSEMENT DE LA POLICE DE CARTIER

Au printemps 1997, le Service de police de la Communauté urbaine de Montréal est à mettre en place « une police de quartier » pour desservir le territoire de l'Île de Montréal, qui s'appuie sur les mêmes grands principes de « l'approche communautaire[93] ». En établissant « les polices de cartier » et en introduisant la notion de police communautaire, le Service de Police de la Ville de Montréal (SVPM) était chargé de la tâche de se rapprocher du citoyen. Cependant, la mise en oeuvre de l'approche communautaire semble encore partielle, inachevée ou en voie de consolidation. Faute de cadre de référence formel, les responsables des services policiers éprouvent aussi certaines difficultés d'implantation qui en limitent le caractère opérationnel.

DU RAPPROCHEMENT

Ce rapprochement, guider par des transformations structurelles et organisationnelles, a permis l'émergence d'une nouvelle classe de policiers. Une Police aux *méthodes répressives* ne répond que partiellement à la nécessité de réguler les relations entre citoyens. Ainsi, ce virage, permettrait un rapprochement et visait certainement à changer les perceptions sur le rôle du Policier.

Le rapprochement est encore aujourd'hui toujours nécessaire afin de tenir compte des besoins et des attentes de la société civile en matière de sécurité urbaine et de prévention de la dégradation du tissu social. Il semble qu'il soit difficile, voir même impossible, d'établir **un dialogue** et **une dialectique** avec **« le Policier »**, quelque soit son niveau. **« Le Policier »** ne semble pas être prêt à recevoir une rétroaction permanente des citoyens de notre cité.

Le rapprochement ne peut se concevoir sous l'angle unique de slogans accrocheurs, d'intervention médiatiques afin de redorer l'image du Policier, et des engagements ponctuels sans lendemain.

Par ailleurs, le rapprochement avec les citoyens passe bien entendu par la mise en place et le maintien de réseaux de communication permanents entre les services policiers et les citoyens. Par ces réseaux, les services policiers doivent favoriser l'expression des besoins de la communauté, ce qui les aide par la suite à établir leurs priorités d'intervention et à choisir des méthodes de travail les mieux adaptées.

Car **« la Police »**, comme **« le Policier »**, est également un citoyen. En principe, **« le citoyen »** participe aux affaires de la cité, même dans le domaine social. Le Policier coercitif sera haïs, alors que le policier communautaire sera à tout le moins toléré, offrant la possibilité de créer des liens durable et de s'enraciné dans la communauté.

DE LA BARRIERE

Malgré les efforts consentis au changement de paradigmatique, force est de constater qu'une solide barrière demeure, et ce, par ce qui semble être une lacune dans la technique d'intervention du **« Policier »** en matière policier/civile. Cette défaillance ne semble pas lier à la mobilité du personnel, mais bien à une lacune importante dans la méthodologie d'intervention policière en matière civile. La nature sociale de l'intervention policière semble n'avoir guerre évoluer malgré que **« le Policier »** l'évolution adaptive du SPVM.

En outre, **« le Policier »** semble être coupé de la communauté et d'une certaine réalité sociale dans lequel il intervient. Le modèle actuel de police communautaire ne semble pas répondre aux besoins reconnu, dont une des composantes principales consiste à se rapprocher des citoyens et de fournir une intervention significative.

« Le modèle de police communautaire » suppose une améliorer de la qualité de vie des citoyens, et une réduction du sentiment d'insécurité par la diminution de la petite criminalité, des incivilités et du désordre. Le modèle traditionnel répressif du Policier ne semble donc inefficace et révolue. Pour assurer le bien-être et la sécurité des communautés, et également prévenir la dégradation du tissu social, il faut donc adopter de nouvelles perspectives et de nouvelle pratique d'intervention. Actuellement, la relation police/communauté semble se résumer à une suite de contacts plus ou moins superficiels avec les acteurs sociaux qui produisent des effets à court terme souvent néfastes.

Au lieu de tenter de se faire aimer de part des événements de relations publiques, il est plus utile de faire des actions aimables, et faire la démonstration et la preuve concrète d'un réel soucie des préoccupations des besoins des citoyens. Pardonner cette franchise, mais cette image est éloquente : *« Au lieu d'avoir l'air de quelqu'un qui se cherche et qui a besoins d'amis, il vaut mieux d'avoir l'air de quelqu'un qui fait quelque chose de sa propre initiative et qui répond au moins partiellement aux besoins d'autrui »*. Ainsi, la présence de la police communautaire devient donc aimable, source d'une signification nouvelle, rôle favorisant l'échange d'informations et la participation citoyenne.

LES COMITES AVISEURS DES PARTENAIRES (CAP): UN DISPOSITIF POUR CONNAITRE ET AGIR

Le CAP permet d'assurer la réalisation et le suivi du plan d'action en matière de sécurité urbaine, essentiellement pour les aspects non policiers ou encore pour les problèmes locaux qui nécessitent un traitement mixte (police et société civile). Également il faut noter que *les comités aviseurs des partenaires* (CAP) semble totalement inconnu du public (ex. : futur acteur social). À cet égard, le commandant du poste de quartier transige en mode partenarial avec les acteurs siégeant au CAP ???

Également ont note que la méthodologie utilisée est une enquête sur le terrain, menée à l'aide d'entretiens « **semi-dirigés** » auprès de personnes clés. L'analyse de l'information recueillie est faite à partir de l'élaboration de catégories a posteriori et d'une analyse systémique. Or cette perspective semble privilégier une approche autoritaire et dogmatique alors que la prise de conscience s'effectue à travers **le dialogue, la dialectique, la confrontation des idées, et la mise en œuvre de projets pilotes.**

DIAGNOSTIC LOCAL DE SECURITE

Le signataire estime évident qu'il existe une insécurité certaine liée au délabrement du parc de logements « **bas de gamme** ». Ainsi, les citoyens, vivant des conditions ne favorisant pas l'épanouissement personnel, font face à un ensemble de facteur de risque difficile à surmonter exacerbant d'autant la dégradation du tissue social.

Notons que le signataire a résidé dans quatre arrondissements différents, et ce dernier a pu observer la même désinvolture chez les locateurs récalcitrant, n'hésitant pas d'user de l'intervention policière comme arme de dissuasion et d'hégémonie, et à l'aide de prétextes mensongers.

Ainsi, le locateur manipulateur utilise « **le Policier** » comme un objet, parmi l'ensemble des objets qu'il utilise pour manipuler le locataire. Alors que l'enjeu pour le locataire est celle d'avoir un logement décent, le locateur récalcitrant lui, jouit de moyens de subsistance supérieur et d'un rapport de force insurpassable.

Le signataire estime que l'on peut convenir aisément qu'il ne soit pas désirable de se faire enquêter ou se faire « **ficher** » par « **le Policier** ».

INTERVENTION RAPIDE ET EFFICACE

Alors que je me déplace couramment a pied dans les rues de la ville de Montréal, je remarque les même voitures de police badauder et déambuler dans les ruelles et les pâté de maison. Or, lorsqu'il est advenu un événement litigieux avec le locateur où j'ai fait une demande d'intervention policière, non seulement cette démarche s'est avérée futile, mais le signataire a souvent du attendre anxieusement plus de 25 minutes avant de voir poindre le Policier.

En outre, le signataire demeure toujours surpris devant la rapidité avec lequel **le Policier** interviens en matière de vol à l'étalage. Le signataire lui-même a reçu l'attention particulière de 6 policiers lors d'un « **vol** » de deux casseaux de crèmes de 5 ml. Également, lors de cet événement, les policiers et les agents de sécurité du Complexe Desjardins ont fit *des agressions verbales* ainsi que *des agressions indirecte et directes* du commerçant et de son employer.

De plus, dans une situation litigieuse avec un locateur, ce dernier ayant coupé l'eau chaude, coupé l'électricité du four et du chauffage, retiré la porte de la chambre, et le vol d'une chaufferette, les policiers intervenant sur les lieux à de multiples reprises, n'ont pu influencer le locateur à respecter ses devoirs et responsabilités civiles. Également, c'est avec un sourire en coin, qu'un policier semblait « **insinuer** » que le locateur était justifié d'user de telles stratégies pour me faire déguerpir des lieux alors que le locateur opérait illicitement une maison de chambre. Également, je n'ai pu convaincre « **le Policier** » que le locateur ne peut « **inventer** » des excuses pour justifier le départ du locataire mais bien passé par « **la Régie du Logement** ».

Quelques questionnements :

- Alors que des milliers de locataire ne peuvent se loger décemment, on se demande quel rôle joue « **le Profils de quartier** » et « **l'évaluation de la dynamique sur le plan local** » dans la stratégie policière afin de circonscrire la dégradation du tissue social : stratégie de résolution des problèmes et de prévention de l'apparition des conditions favorables à la criminalité, à l'incivilité, au désordre et à l'insécurité?

- Alors que des milliers de locataire ne peuvent se loger décemment, on se demande quel rôle joue « **le Policier** » dans l'appréhension des enjeux et des priorités du quartier du point de vue des intervenants locaux. Il semblerait que l'évaluation de la dynamique sur le plan local vise principalement : le repérage des problèmes soulevés par les partenaires et leurs priorités ? Qu'en est ils au sujet des stratégies concernant de la dégradation du tissu social lié à la précarisation résidentielle ?

- Alors que des milliers de locataire ne peuvent se loger décemment, les outils constituent d'analyse et d'évaluation constituent-ils des dispositifs cohérent et permettent-ils d'établir un diagnostic local de sécurité, point de départ obligé de contrats locaux de sécurité tel qu'un programme d'encadrement ou de surveillance du locateur récalcitrant, qui de par sa négligence, exacerbe la dégradation du tissu social ainsi que l'environnement immédiat du locataire ?

- Les modalités d'intervention policière, l'intervention elle-même, sa mise en oeuvre et leurs répercussions sur les relations avec les citoyens n'est-il pas à être remise en question ? Quelle en est la méthode d'évaluation ?

- La formation des policiers dans la perspective de prévention de la dégradation du tissu social est-elle adéquate et pertinente ? Est-ce qu'un « **élève-policier** » ne pourrait pas bénéficier d'études sur la psychologie et la sociologie ?

DE L'INTERVENTION ET DE LA SANTE MENTALE

Un homme qui a reçu une décharge de pistolet électrique Taser est mort trois jours plus tard dans un hôpital montréalais. M. Quilem Registre a été intercepté par les agents du Service de police de la Ville de Montréal (SPVM) dans le quartier Saint-Michel après qu'il eut heurté trois véhicules stationnés avec sa voiture. Selon la version policière, Quilem Registre, qui conduisait de façon désordonnée et qui semblait intoxiqué, a été intercepté à 21h34, dimanche, dans le quartier Saint-Michel. Parce qu'il se montrait agressif, les policiers ont utilisé «un dispositif à impulsion pour le maîtriser». Un pistolet électrique. Il reviendra maintenant à l'enquête de préciser le nombre de décharges successives dirigées contre M. Registre. L'homme aurait reçu six décharges électriques, mais cette information n'a pas été confirmée.

L'intervention musclée des policiers, tout aussi compréhensive puisse-t-elle être, était-elle proportionnelle et justifiable. Plusieurs questions demeurent nébuleuses pour la famille. Claude F. Archambault, l'avocat retenu par la famille Registre, ne comprend pas. « Quand il a été intercepté, Quilem Registre était seul, non armé. La police y est allée un peu vite, avec une arme plus forte que nécessaire», a-t-il déclaré. « Il n'était pas armé, il n'était pas menaçant ni dangereux pour personne. Les policiers sont allés beaucoup trop vite et trop fort pour une affaire de délit de fuite et de conduite en état d'ébriété», croit l'avocat.

En effet, la police utilise le « **taser gun** » lorsque le suspect est incontrôlable, violent, insensible à la douleur et pour lequel même le poivre de Cayenne serait sans effet. Le taser gun projette à une distance de 25 pieds deux crochets qui entrent dans la peau et émettent une décharge de 50 000 volts, mais à un ampérage 10 000 fois moins puissant qu'un défibrillateur.

Séjournant en maison de transition après avoir purgé à l'établissement Leclerc l'essentiel de sa peine de quatre ans et neuf mois pour vol qualifié et possession de biens criminellement obtenus.

L'erreur du SPVM ici c'est que M. Quilem Registre de provient pas d'une famille à faible revenue dont le réseaux social est inexistant. M. Quilem Registre n'est pas un itinérant ! M. Quilem Registre est fils de famille capable de se payer un avocat tel que M. Archambault.

DE LA « POLICE PREVENTIVE »

En ce sens, le Policier joue un double rôle, celui d'**appliquer la loi** et celui de **protéger et sauvegarder la vie**.

Puisqu'une « **police répressive et protectrice** » doit s'unir à une « **police préventive** », cette dernière se doit donc d'employer des méthodes éducatives et d'encadrement en vue d'augmenter le niveau de coopérations et la participation citoyenne. « **La prévention** » efficace repose sur une bonne connaissance des phénomènes du tissue social de la communauté sur le plan local.

« **La prévention** » que fait la police dans la réalité, semble essentiellement situationnelle et superficielle. « **La prévention sociale** », directement corrélé à la **santé et la sécurité public**, semble être négliger.

Pourtant, En novembre 2001, le ministère de la Sécurité publique (MSP) rendait publique *la Politique ministérielle en prévention de la criminalité*[94]. Essentiellement, cette politique vise à contribuer à la réduction de la criminalité réelle au Québec et à bâtir des milieux de vie plus sécuritaires pour les citoyens et les citoyennes.

Cette politique énonce également que « *la prévention de la criminalité consiste en des mesures proactives et non pénales qui ont pour but spécifique de réduire la criminalité en agissant sur les facteurs qui la déterminent, soit sur les circonstances et l'environnement dans lesquels sont commis les délits ou encore sur les facteurs contemporains qui prédisposent à la criminalité* »[95,96]. *La Politique ministérielle* en prévention de la criminalité préconise donc l'application d'une approche globale et intégrée de la prévention de la criminalité.

Cusson et Biron (1995) ont établi deux modèles de prévention de la criminalité soit : 1er la prévention par le développement social et 2° la prévention situationnelle. Le développement social privilégie un modèle agissant sur les facteurs contemporains qui prédisposent à la criminalité.

DE L'ÉDUCATION ET DE LA DIRECTIVITÉ

A titre de comparaison rudimentaire, on estimait qu'un parent autoritaire et répressif était approprié pour l'éducation d'un enfant. Les méthodes d'éducations d'hier à aujourd'hui témoignent bien de cette certitude. Ce n'est que tout récemment, que la société civile semble intégrer cette assertion démontrée, a savoir, que ce genre de parent **traumatise** plus qu'il **n'éduque**.

« **La Police** » se doit donc de devenir un Parent directif ou autoritaire/affectueux : Le parent établit des règles de conduites tout en reconnaissant le droits de l'enfant et en l'encourageant à s'exprimer. Il a des attentes, exigences et standards élevés. Il supervise et renforce les bons comportements et encourage l'autonomie.

La confiance des citoyens doit être gagnée et conservée au moyen de mesures et de comportements en phase avec les valeurs individualistes égalitaires dominantes.

DE LA DEGRADATION DU TISSU SOCIALE

La pérégrination du signataire à la recherche d'un logement décent, ses espoirs et ses déceptions toujours renouvelé, de ne point voire la Police faire cesser les incivilité des locateurs récalcitrant, ont amené ce dernier à s'interroger sur la méthode d'intervention du SPVM en matière de dynamique relationnelle conflictuelle entre locateur et locataires et en matière de situation criminel/civile.

Dans une société de plus en plus incivile, ou la violence indirecte prédomine, on observes les lacunes suivantes su sein de l'intervention policière :

- « **les boutades policières** » sont excessivement inappropriées et ne relève aucunement de *technique de mise en contradiction*. Les boutades policières semblent servir à décontenancer l'interlocuteur visant à déclencher une réponse émotionnelle ;

Il semble que « le délais de latence » variable entre l'appel et l'arrivé des policiers est trop long. En effet, les témoins de la scène et les auteurs de l'incivilité ou du crime ont largement le temps de quitter les lieux de l'événement. ;

La Police semble faire preuve de tolérance envers « la violence indirecte » ainsi que « la violence psychologique et morales »;

Il semble qu'un propriétaire ou un citoyen corporatif qui constate un vol puisse retenir un voleur. Lors d'un incident au Complexe Desjardins, le propriétaire d'un petit café m'a sauté à la gorge, sans même s'identifier, et son employé m'a cerné. Retenir un voleur par la gorge est-il une technique d'intervention que la Police privilégie ? J'ai exigé l'intervention policière, ce qui m'a value l'attention particulière de 6 policiers et « une séquestration temporaire». ;

UNE CONTRAVENTION QUI RECOMMANDE : MÉTHODES « COERCITIVES-ÉDUCATIVES »

« Un père vaut plus qu'une centaine de maître » (Herbert, George)

En ce sens, il ne suffit pas que de sanctionner les comportements criminelles, mais bien d'encourager les comportements non criminels et socialement acceptables (à l'instar de comportements anti-criminelle du genre dénonciation en catimini, comité de surveillance, etc.). Dans ce contexte d'encouragement, la supervision et l'engagement policier sont essentiels, car les méthodes punitives et coercitives n'ont aucune efficacité et ont un effet spécifique et limité. Des initiatives d'encouragement sont essentielles et il est de l'avis du signataire que la Police gagnerais à utiliser des méthodes « « coercitives-éducatives ».

A titre d'exemple, lors de la constatation d'un litige locateur/locataire, le policier pourra émettre une sorte de contravention suggérant fortement ces derniers d'entreprendre une démarche de conciliation à la Régie du Logement. De plus, si le locataire semble en situation de crise, le Policier émettra une sorte de contravention indiquant à ce dernier qu'il aurait intérêt de rencontrer un travailleur social. Ce sont dont de bons conseils de nature civique.

« Seule les bon professeurs forment les bons autodidactes » (Revek, J.

Car comme avec des enfants, non seulement il faut les sermonner et leurs faire la morale, mais aussi il faut leurs donné les moyens d'entreprendre une démarche de « reprise de pouvoir » ou « d'empowerment » encourageant ainsi l'autonomie. Après plusieurs de ces sortes de contraventions, la police pourra rendre la sorte de contravention force de loi. A titre d'exemple, la Police pourra exiger ou faire exiger des citoyens que ces derniers se présente au CLSC ou à un Centre de Crise.

Ces recommandations visent à proposer des mesures alternatives à la garde en établissement dont l'application devrait être restreint qu'à des cas graves et exceptionnels compte tenu de ses implications. De plus, elle vise à offrir un cadre et une méthode de travail dans la perspective de la problématique de « santé mentale ».

DES GRAINES QUI PEUVENT GERMER

« Un professeur devrait avoir tout autorité et peu de pouvoir » (Szasz, Thomas)

Le pouvoir de recommandation issue de ces sortes de contraventions est orienté à une procédure éducative et incitative. Combiné au rapport d'événement, elle permet de faire une trace des événements et des recommandations données au citoyen selon une méthodologie spécifique. Un citoyen qui n'engage pas de démarche comme suite à plusieurs de ses sortes de contraventions, la Police pourra raisonnablement déduire qu'il y a résistance inappropriée, et que des mesures coercitives sont nécessaires, comme l'obligation de se rapporter au CLSC ou à la Régie du Logement. Ainsi, des pouvoirs octroyer en ce sens permettront d'éviter les dérapages et les dérives dans l'application de la loi sur la garde en

établissement, et permettra de mettre en œuvre des mesures préventives limitant ainsi la récurrence d'intervention policières et l'usage inutile de cette loi. Elle vise aussi a éviter de stigmatiser le citoyen dans un processus « forcé » de diagnostic qui peut lui porté un sérieux préjudice, et œ, « ad vitam aeternam[xliii] ».

« Le professeur ouvre des porte, mais c'est l'élève qui doit passer la porte »

Ces mesures préventives de recommandation ne sont pas établit par un Juge et le mécanisme d'application devra nécessiter une codification législative spécifique. Les sortes de contraventions doivent avoir un effet pédagogique. Elles doivent être conçu et établit dans une perspective stratégique à l'aide d'une pluralité d'expertises. Ainsi donc, plusieurs acteurs de différentes provenances aurait intérêt de travailler ensemble afin de mettre en œuvre une telle type de mesure.

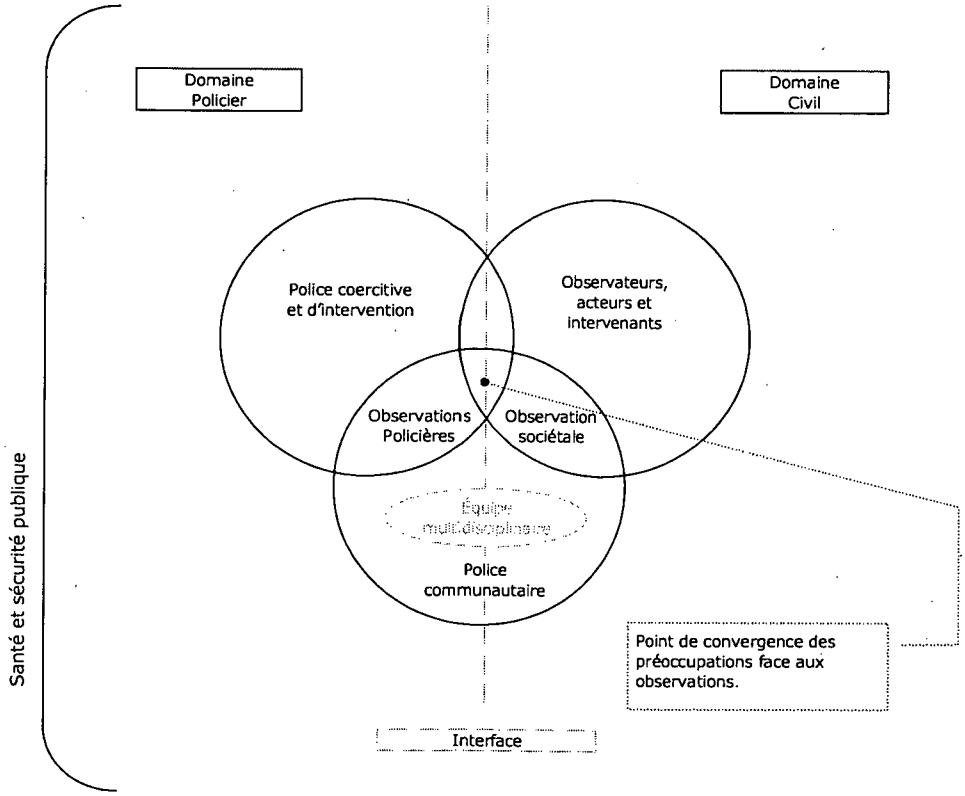
Les demandes judiciaires concernant les personnes qui accumulent les sortes de contraventions pourrais être traité au même titre qu'une demande d'évaluation psychiatrique et de garde en établissement et en vertu de cette même loi, le Policier pourra exiger ou faire exiger que le citoyen suive les recommandations.

En outre, le Juge lui, au constat des ces sortes de contraventions, pourra porté une décision plus judicieuse et considérer le point de vue de la Police. Ainsi, donc, une technique spécifique d'intervention doit être établi en lien avec la remise de ses sortes de contraventions.

L'intervention de la Police prend donc valeur et la forme d'une citoyenne soucieuse de ses enfants. Elle vise a donner des outils aux citoyens afin d'entreprendre une démarche qui leur permettra de trouvé des stratégies d'adaptations a leur problématique. La nécessité d'entreprendre des mesures dite « coercitives-éducatives » démontre bien l'impuissance du Policier dans la dynamique relationnelle entre locateur et locataires (ou de violence conjugale, etc.) et la nécessité d'établir des mesures « coercitives-éducatives » afin de contrer la dégradation du tissue sociale, qui est un facteur de risque à la criminalité, à la violence, à la drogue, etc., jusqu'à mettre à risque et en péril la sécurité publique. L'intervention « coercitives-éducatives » se trouve donc en amont du cycle menant à une dégradation du tissu social. L'intervention « coercitives-éducatives » se veut une méthode d'intervention policière modernisée, orientée vers la résolution de problème, plutôt que purement réactive, privilégiant le renforcement des actions préventives afin d'apporter des solutions aux sources même des problèmes

[xliii] Pour l'éternité.

« DU CHANGEMENT PARAGIGMATIQUE » : PREVENTION DE LA DEGRADATION DU TISSUE SOCIALE



Modèle d'intervention de prévention de la dégradation du tissue social

L'interface permet *la conciliation* des perceptions de phénomènes sociaux et des préoccupations spécifiques aux domaines afin de permettre à la police communautaire de s'engager dans un processus de gestion et de partage de la connaissance.

Un domaine représente l'ensemble des connaissances, expertises et préoccupations d'un environnement et ses constituants. On en distingue 2 : 1° le domaine policier et 2° le domaine civil.

L'équipe multidisciplinaire est constituée de policiers d'intervention et de policiers (*hyper*)spécialisé (psychologue, criminaliste, sociologue, etc.).

La collaboration avec le secteur policier est encore très peu développé et précaire. Plusieurs stratégies aurait été tentés afin d'établir des mécanismes de collaboration (publicité, présentation de services, table de concertation, etc.) entre centres de crises et services de police, mais les relations ne sont que ponctuelles et conjoncturelles. Mais il semblerait qu'il soit difficile de développer un réflexe de leur part pour établir des liens de concertations. Il semble également que des indices révèle que l'affectation du personnel à de nouveaux postes et l'arrivée massive de jeunes policiers dans le secteur ne permettent pas aux agents de la paix de connaître les ressources du milieu et de les utiliser. D'autres facteurs tel que l'accès aux services de crises, contraintes d'ordre structurelle, organisationnel, financier et géographique, affecterait la mise en place d'une concertation avec le secteur policier.

Affirmativement, il pourrait y avoir une équipe de **« Policier Civiques »**, policiers formé en psychologie de la personne, en sociologie, etc., afin d'établir une stratégie unifier et un continuum de mesures visant a prévenir la **dégradation du tissue sociale**. On outre, **le capital social** se serait considérablement dévalorisé dans un certains nombre de communauté et de régions (Paquet, 1999).

Pour la combattre efficacement, il faut être en mesure d'établir des diagnostics fouillés et d'élaborer des stratégies globales et multidisciplinaires d'intervention. Cette équipe sera probablement en mesure de traduire les besoins et les observations de la Police en faisant le **« Pont »** entre les acteurs et intervenants de la société et le SPVM. Il est également souhaitable de faire appel aux connaissances des organismes du milieu, des comités de citoyens et des groupes communautaires, de même qu'aux compétences des différents spécialistes et intervenants des institutions, tant publiques que privées, impliqués à l'échelle locale. Il s'agit donc d'établir une collaboration fonctionnelle entre des partenaires issus de milieux variés et animés par des préoccupations diverses et doit certainement viser l'élaboration de stratégies globales et communes d'intervention.

Il ne s'agit donc pas d'acquérir des policiers formés dans la coercition et l'intervention musclée, réservé au domaine criminel. Mais bien de la capacité d'acquérir un personnel hautement qualifier possédant une expertise multidisciplinaire capable de traduire les préoccupations de la Police aux acteurs et intervenants de la société civile.

C'est donc un changement de paradigme quant à l'organisation structurelle du SPVM. En effet, le personnel policier dont il est question ici sont plus des intervenant et observateurs. Il appuie de manière complémentaire l'intervention policière. Simplement, au lieu d'envoyer deux policiers spécialisé dans les intervention criminelle, vous envoyé deux policiers spécialiser en psychologie et en sociologie, et un autre en intervention criminelle.

Ce genre d'équipe permettrait de se concentrer sur les aspects civiques sans toutefois compromettre la mission première de la Police. Il s'agit d'une (sur)spécialisation complémentaire aux activités afférentes du SPVM.

Ce genre d'équipe pourrais aussi être en mesure de traduire les problématiques observer dans une perspectives civil, sociologique et psychologique compatible aux acteur et intervenants de la société civil sans toutefois compromettre ou sacrifier la notions de sécurité interne de l'organisation policière.

Préserver le tissue social, s'est préserver la vie. Ainsi, la Police intervient au niveau collectif en amont du cycle de dégradation du tissue sociale, ou lieu de le constater, et d'intervenir alors que les manifestations de la problématique nécessitent une intervention judiciaire !

DU CADETS DE POLICE

Les cadets sont des étudiants de niveau collégial ou universitaire se destinant à travailler dans la police. Sommairement, c'est dernier pourrais participer à l'endiguement de la dégradation du tissu social.

DE L'INCIVILITÉ

Présenté au Service de police de la Ville de Montréal (SPVM) et adopté par le Conseil municipal le 28 octobre 2003, les 26 incivilités faisant partie du projet « Optimisation de la police de quartier ».

Les principales mesures mises de l'avant par le SPVM sont (...) entre autres :

- d'augmenter la visibilité policière avec, entre autres, une augmentation de la patrouille à pied qui représenterait 20 000 jours par année de présence policière visible;
- de faire des incivilités une véritable priorité notamment par l'ajout de 26 nouvelles catégories aux codes d'appels qui permettront de mieux identifier les problèmes et d'entreprendre des actions plus ciblées;

Ces 26 catégories d'incivilités devrait faire l'objet de codes d'appel afin d'en faciliter le diagnostic, le traitement et le suivi des phénomènes sociaux précurseurs de la dégradation du tissu social :

DESORDRES PHYSIQUES / MARQUES D'INCIVILITES

53. Bâtiments abandonnés, délabrés et/ou démolis ;
54. graffitis ;
55. petits incendies (poubelles, etc.) ;
56. abandon d'objets divers et saletés (épaves de vélo, détritus, ordures, défections canines) ;
57. bris de vitres (commerces, résidences, autres) ;
58. dégradation d'équipements publics (abribus, cabines téléphoniques, boîtes aux lettres, lampadaires, bancs publics, feux de circulation et panneaux de signalisation) ;
59. bruit (voitures, construction, etc.) ;
60. autres marques de vandalisme.

DESORDRES SOCIAUX / ACTES D'INCIVILITES

61. présence de prostitué(e)s et sollicitation ;
62. présence dérangeante d'itinérants ;
63. présence dérangeante de mendiants ;
64. présence de « squeegees » ;
65. regroupement de jeunes sur la voie publique (flânage, harcèlement, intimidation, bruit, etc.) ;
66. consommation d'alcool sur la voie publique ;
67. usage de drogue en public ;

68. conflits entre automobilistes ;
69. petits larcins (étalage extérieur, non paiement du titre de transport en commun) ;
70. vente de drogue dans la rue, les parcs et autres lieux publics ;
71. voisins bruyants (résidences, commerces, etc.) ;
72. violences verbales (insultes, injures, grossièretés, réflexions malveillantes, harcèlement verbal particulièrement contre les femmes, les homosexuels, les personnes âgées, les minorités visibles) ;
73. comportements incivils (crachats, urine, impolitesse, dépôt d'ordures, jet de détritus, non respect de l'interdit de fumer) ;
74. violences légères, bagarres, bousculades ;
75. rodéo sur la voie publique (en auto, vélo, planche à roulettes, patins à roues alignées, etc.) ;
76. violences collectives, heurts avec les policiers, attroupement illégal ;
77. chicane de voisins ;
78. stationnement sauvage (zone pour handicapés, entrées chatières, terrains privés, obstruction de la circulation).

Dans le cadre de la présente, ajoutons par « **incivilités** » dans la dynamique relationnelle « *des comportements déviants de faible intensité dont l'intention de blesser est ambiguë, en violation des normes de respect mutuel du milieu* » (Lim et Cortina, 2005). La tolérance au manque de respect envers les autres peut prendre différentes formes selon les milieux et selon l'importance des valeurs morales qui les caractérisent. Le caractère ambigu de l'intention derrière les gestes ou les paroles peut se manifester par exemple sous forme de moqueries, boutades, sarcasmes. La tolérance aux incivilités peut conduire à une spirale de comportements agressifs d'intensité croissante (Anderson et Pearson, 1999).

Des recommandations

Les recommandations de cette présente vise donc a amélioré le jugement des policiers dans le cadre de leurs missions lorsqu'ils doivent intervenir dans l'événement de nature civile. Elle vise aussi à diminuer la récurrence de ces interventions. Également, elle mise sur la responsabilisation et l'autonomie du citoyen. Finalement, elle met en place une manière de partager la connaissance entre les différents acteurs et de permettre au SPVM de participer activement aux affaires sociales de la cité. Corollairement, elle vise à modifier la perception coercitive de la Police auprès de la population. Ainsi donc, la relation d'aide prend une dimension essentielle dans l'établissement d'une police communautaire qui opposera l'image du policier coercitif et du policier communautaire. Il est clair que ces deux types de policiers doivent être instruit de méthode d'intervention spécifiques aux finalité de leur actions. Le Policier communautaire se place dans une perspective de relation d'aide envers le citoyen.

METTRE FIN AU CYCLE DE LA VIOLENCE ET AU CYCLE DE LA DÉGRADATION DU TISSU SOCIAL

« C'est le rôle essentiel du professeur d'éveiller la joie de travailler et de connaître » (Einstein, Albert)

Le cycle de la violence engendre des effets sur le tissu social qui exposera des symptômes tel que l'itinérante, les violences conjugales, la criminalité, la toxicomanie, etc. Un enfant qui vit dans un environnement « **pervers** » fera face à des facteurs de risques

importants.

De plus, le Police plus que tout autre est conscient du phénomène suivant : « on ne peut aider une personne qui ne s'aide pas. » Pourtant, il est de la nature des choses de constater une résistance à la guérison chez l'individu. En effet, il semble établit que l'organisme cherche a conserver ses mécanismes de défenses préférentielle et rigides alors que la conscience tente de contrer ses mécanismes afin d'élaborer de nouvelles stratégies d'adaptations et de résolution de conflit (psychique et concrète).

- Offrir systématiquement une démarche de médiation ou de conciliation correspondant au type de litige constaté ;
- D'éviter l'utilisation de boutades (trait d'esprit, plaisanterie) et de pseudo-conseils ;
- La mise en place de procédures et de mécanismes organisationnels formels destinés à établir un dialogue égalitaire et respectueux avec les citoyens. Ce sont ces derniers qui y font face sont capables de reconnaître les problèmes les plus graves et susceptible proposer des solutions durables ?

Bibliographie sélective

1. Service de Police de Ville de Montréal. (2003). « *Optimisation de la Police de quartier* ».

BIBLIOGRAPHIE

Boileau, J. (2001). « *La crise du logement* », Le Devoir, Montréal.

Duval, M., Fontaine, A., Fournier, D., Garon, S., René, J-F. (2005). « *Les organismes communautaires au Québec : Pratiques et enjeux* », Montréal : Gaëtan Morin.

Deschênes, C.-R. et P. Forest. (2000). « *Le Marché de l'habitation durant les deux dernières décennies* », Société d'habitation du Québec, Montréal.

FRAPRU. (1998). « *Logement et pauvreté au Québec* », Montréal.

Gravel, R.-J. (1999). « *Les institutions administratives locales et région ales au Québec : structures et fonctions* », Presse de l'université du Québec Montréal.

Lescop, R. (1993). « *Le Harcèlement dans le logement* », Commission des droits de la personne du Québec Montréal.

Mayer, R., Laforest, M. (1990). « *Problème social : le concept et les principales écoles théoriques* », Service social, vol. 39, no. 2, p. 16.

Hirigoyen, M.-F. (1998). « *Le harcèlement moral : la violence perverse au quotidien* », Paris : La découverte et Syros.

Miller, A. (1984). « *C'est pour ton bien* », Paris : Aubier, traduction de Jeanne Etoré.

Miller, A. (1988). « *La souffrance muette de l'enfant* », Paris : Aubier.

Miller, A. (1990). « *La souffrance muette de l'enfant* », Paris : Aubier.

Murphy, B. K (2001). « *De la pensée à l'action : La personne au coeur du changement social* », Les Éditions ÉcoSociété.

Nazare-Aga I. (1997). « *Les manipulateurs sont parmis nous* », Éditions de l'homme.

Poirier, M., Petit, M. (2004). « *La fixation des loyers, la fiscalité des propriétaires et la rentabilité de l'immobilier : mythes et réalités de la pénurie de logements locatifs* », Institut de recherche et d'informations socio-économiques (IRIS).

Racamier, P.-C. « *Pensée perverse et décervelage* », Gruppo, 8.

Réseaux d'aide aux personnes seules et itinérantes de Montréal -- RAPSIM. (2005). « *Portrait des maisons de chambres dans les arrondissements Ville-Marie et Sud-Ouest de la Ville de Montréal* ».

Serge, L. (1998). « *Le secteur locatif privé et sa nouvelle clientèle* », Société canadienne d'hypothèques et de logement, Montréal.

Société d'Habitation du Québec -- SHQ (2005). « *L'habitation au Québec : profil statistique de l'habitation -- Montréal* », Gouvernement du Québec.

BIBLIOGRAPHIE

GLOSSAIRE

Constat : quand une contravention est au stade du constat cela signifie que la personne peut encore la contester. En général, cela ne fait pas 30 jours que la contravention a été remise.

Doute raisonnable : situation où le juge n'a pas de preuve pour infirmer les dires de la personne, bien que le procureur de la poursuite ou le policier affirme le contraire.

Fardeau de preuve : obligation qui repose sur les épaules d'une partie de prouver l'existence des faits qu'elle avance, en général la partie qui poursuit (policier ou procureur de la poursuite).

Ménage à faible revenu : ménage dont le revenu total se situe en deçà du seuil de faible revenu. Part du revenu du ménage servant à défrayer le coût du logement.

Ménage privé : ensemble des personnes vivant au sein d'un même logement privé (par opposition au ménage collectif). Pour des raisons de commodité, le terme « **ménage privé** » est fréquemment remplacé par « **ménage** ».

Mode d'occupation (le) : Locataire ou propriétaire. Il existe principalement deux modes d'occupation d'un logement : loué ou possédé.

Motif raisonnable : la notion de motif raisonnable fait partie du pouvoir discrétionnaire du policier, c'est-à-dire que c'est à sa convenance, c'est lui qui décide.

Peuplement (le) : Nombre de personnes par pièce dans le logement.

Pouvoir discrétionnaire du policier : pouvoir relatif, ne pouvant être déterminé exactement. C'est à la discrétion du policier.

Taux d'effort : Rapport entre les revenus du ménage et les dépenses liées au logement.

Taux d'inoccupation : proportion des logements inoccupés par rapport à l'univers des logements enquêtés. Un logement est considéré comme inoccupé s'il est, au moment de l'enquête (au mois d'octobre), inhabité et immédiatement disponible pour la location.

LISTE DES ABREVIATIONS ET DES CIGLES

Ministères et Organismes public

- **CALQ** : Conseil des arts et des lettres du Québec ;
- **CAVAC** : Centre d'aide aux victimes d'actes criminels ;
- **CLD** : Centre local de développement ;
- **CLE** : Centre local d'emploi ;
- **CLSC** : Centre Local de Services Communautaires ;
- **CPMT** : Commission des partenaires du marché du travail ;
- **CRHC** : Centre des ressources humaines du Canada ;
- **CSSS** : Centre de Santé et de Services Sociaux ;
- **CTA** : Centre de travail adapté ;
- **DRHC** : Développement des ressources humaines Canada ;
- **INSPQ** : Institut national de santé publique du Québec
- **MCCQ** : Ministère de la Culture et des Communications du Québec ;
- **MEQ** : Ministère de l'éducation ;
- **MES** : Ministère de l'emploi et de la solidarité ;
- **MFER** : Ministère des Finances, de l'Économie et de la Recherche ;
- **MRCI** : Ministère des Relations avec les citoyens et de l'Immigration ;
- **MSP** : Ministère de la Sécurité publique
- **MSSS** : Ministère de la Santé et des Services Sociaux ;
- **OPHQ** : Office des personnes handicapées du Québec ;
- **SDE** : Société de développement économique ;
- **SODEC** : Société de développement des entreprises culturelles ;
- **SPVM** : Service de Police de la Ville de Montréal ;
- **SQDM** : Société québécoise de développement de la main-d'œuvre ;

Programmes

- **AIPS** : Approche d'intervention, parcours, soutien du revenu ;
- **CAE** : Compte de l'assurance-emploi;
- **CAMO** : Comité d'adaptation de la main-d'oeuvre ;
- **CAMO-PI** : Comité sectoriel d'adaptation de la main-d'oeuvre pour personnes immigrantes ;
- **CAR** : Comité d'aide au reclassement ;
- **CCR** : Comité consultatif régional ;
- **CDEC** : Corporation de développement économique et communautaire ;
- **CIT** : Contrat d'intégration au travail ;
- **CJE** : Carrefour Jeunesse Emploi ;
- **CRDIM** : Conseil régional de développement de l'île-de-Montréal ;
- **CREC** : Comité de reclassement à entrée continue ;
- **CRPMT** : Conseil régional des partenaires du marché du travail ;
- **CSST** : Commission Santé et Sécurité au travail ;
- **FDMT** : Fonds de développement du marché du travail ;
- **FIL** : Fonds d'initiatives locales ;
- **FIRH** : Fonds d'investissement des ressources humaines ;
- **FLCP** : Fonds de lutte contre la pauvreté ;
- **FNFMO** : Fonds national de formation de la main-d'oeuvre ;
- **FQ** : Fonds du Québec ;
- **IGIF** : Inspecteur général des institutions financières ;
- **IMT** : Information sur le marché du travail ;
- **MFOR** : Mesure de formation ;
- **PAC** : Programmation des activités du CLE ;
- **PAE** : Prestataire de l'assurance-emploi ;
- **PAL** : Plan d'action local (du CLE) ;
- **PALÉE** : Plan d'action local de l'économie et de l'emploi ;

- **PAR** : Plan d'action régional ;
- **PDRH** : Plan de développement des ressources humaines ;
- **PPE** : Projets de préparation à l'emploi ;
- **REEM** : Recensement des établissements et de l'emploi de Montréal ;
- **RMR** : Région métropolitaine de recensement ;
- **SAE** : Service d'aide à l'emploi ;
- **SAQP** : Service d'apprentissage et de qualification professionnelle ;
- **SEMO** : Service externe de main-d'oeuvre ;
- **SOFI** : Soutien financier ;
- **SSIE** : Subvention salariale d'intégration en emploi ;
- **STA** : Soutien au travail autonome ;

Cigles de droit, de lois et règlements

- **C.c.Q.** : Code civil du Québec ;
- **C.p.** : Code de procédure du Québec ;
- **SCIAN** : Système de classification des industries d'Amérique du Nord ;

Autres cigles

- **ADD** : Attention Deficit Disorder ;
- **ADDH, ADHD, ADHD** : Attendion Deficit Disorder with/without Hyperactivity ;
- **AEC** : Attestation d'études collégiales (professionnel) ;
- **CNP** : Classification nationale des professions ;
- **CTI** : Classification type des industries ;
- **CIM** : Classification Internationale des Maladies ;
- **CIM-9** : Classification Internationale des Maladies, 9^{e} révision ;
- **CIM-10** : Classification Internationale des Maladies, 10^{e} révision ;
- **CUM** : Communauté urbaine de Montréal ;
- **DEC** : Diplôme d'études collégiales (général ou professionnel) ;

- **DEP** : Diplôme d'études professionnelles (niveau secondaire) ;
- **DES** : Diplôme d'études secondaires (général) ;
- **PSR** : Prestataire de la sécurité du revenu (ou d'assistance-emploi) ;
- **R&D** : Recherche et développement ;
- **TA** : Troubles d'apprentissages ;
- **TDA** : Trouble de la Déficience de l'Attention ;
- **TDA/H** : Trouble du Déficit de l'Attention avec/sans Hyperactivité ;
- **THADA** : Trouble de l'Hyperactivité Avec Déficit de l'Attention ;

ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

- **AGIDD-SMQ** : Association des groupes d'interventions en défense de droits en santé mentale du Québec ;
- **FRAPRU** : Front d'action populaire en réaménagement urbain ;
- **OBNL** : Organisme à but non lucratif ;
- **RAPSIM** : Le Réseau d'aide aux personnes seules et itinérantes de Montréal ;
- **RCLALQ** : Regroupement des comités logement et associations de locataires du Québec.

INDEX

Index des termes

D

Dynamique relationnelle
rapport de force 13

E

Exception d'innécution 8
de la nullité relative 9

L

Le contrat 12
exigence de la bonne foi 13
le bail résidentielle 13
moyen de défense ..... *Voir* Exception innexécution
Les maison de chambres 7, 8
chambreur 8
reforme du code civil 7

M

Marché locatif
crise du logement 11
de la dynamique partenariale 9
intervention continue en hébergement 7
pénurie de logements 11

O

Ordre Public 8
des règles impératives 8
ordre public de protection 8
Organisme communautaire ..... *Voir* Protecteur du locataire

P

Perspectives 11
de la Régie du Logement 17
des ménages locataires 25
des normes réglementaires municipales 20
du logement social 28
du marché locatif résidentielle 11
du rapport de force entre locataires et locateurs 12
Précarité résidentielle
discrimination 7
éviction 7
itinérance 6, 7
maison de chambres 7
nomadisme 6
pauvreté 6
précarisation 6
préjugé généralisé 6
vulnérabilité 6, 8
Problématiques 30

de l'aide juridique 34
de l'usage d'un recours justifié 30
de la dénonciation 32
de la régie du Logement 35
des organismes communautaires 48
Protecteur du locataire 2, 49
collaboration critique 69
de l'action sociale 52
de l'empowerment collectif 66
de la mise en oeuvre 71
de la mission 51
de la société civile 50
de la synergie 70
de l'organisation 67
des relations extérieurs 69
des valeurs 52
du planning social 54
du quasi appareil 67
l'action sociale et communautaire 53
l'approche 69
les forme de recommendations 69
rôle de leadership 49

R

Recommendations 49
ajustements législatifs 72
des autres mesures 72
le Protecteur du Locataire 49
recommendations aux forces constabulaire 74

ANNEXE I - GRILLE DES ETAPE DE LA RESOLUTION DE PROBLEMES

1. **Décrire la situation**

   1.1. Décrire de la façon la plus détaillée possible la situation problématique en l'appuyant sur des faits, des données.

   1.2. Décrire le plus précisément possible la situation souhaitée, soit l'objectif poursuivi,

2. **Définir le problème**

   2.1. La différence ou l'écart observé entre les deux situations décrites à l'étape I constitue-le problème, qui peut être d'ordre économique, technique ou humain.

   2.2. Définir clairement le problème en une phrase.

3. **Chercher les causes du problème**

   3.1. Chercher les causes de cet écart.

4. **Formuler des solutions**

   4.1. Faire l'inventaire des solutions possibles pour éliminer les causes du problème et atteindre les objectifs visés.

   4.2. Évoluer les solutions proposées

   Évalué les solutions d'après les critères suivants :

   4.3. Associer les solutions et les causes: est-ce que telle solution est susceptible d'éliminer telle cause?

   4.4. Associer les ressources existantes et les solutions : sur quelles ressources ou moyens peut-on compter pour appliquer telle ou telle solution?

   4.5. Dégager les contraintes et les limites : desquelles faudra-t-il tenir compte dans l'application de chaque solution?

   4.6. Prévoir les réactions à l'application des solutions : par exemple, telle solution pourrait être la meilleure ou la plus efficace, mais pourrait aussi déclencher des réactions comme la méfiance, l'insécurité, etc.

   4.7. Tenir compte de la résistance des personnes concernées par chaque solution possible

5. **Choisir la meilleure solution**

   5.1. La meilleure solution n'est pas nécessairement la se e qui soit bonne, car il existe rarement une seule bonne façon d'agir. Rien n'est jamais complètement noir ni complètement blanc. En conséquence, il faut choisir ce que on croit être la meilleure façon d'agir , en considérant tous les facteurs pertinents ainsi que les conséquences ou résultats possibles. À ce stade, on doit tenir compte des modalités d'application de la solution.

6. **Appliquer la solution**

6.1. Préparer le plan et les tactiques de réalisation: qui fait quoi? comment? où? pourquoi ? /échéance, moyens, outils, mesures de contrôle).

7. Évaluer les résultats

7.1. Évaluer les résultats en fonction de la situation recherchée.

7.2. Apporter des correctifs s'il y a lieu.

ANNEXE II - LE MODELE D'INTERVENTION SOCIOPOLITIQUE

1. Objectifs de l'action communautaire :
   - 1.1. Transformer les relations de pouvoir ;
   - 1.2. Garantit de résultat ;
   - 1.3. influencer les institutions publiques et les législations ;
   - 1.4. influencer le développement personnel des individus ;
   - 1.5. avoir un effet correctif sur la précarité résidentielle ;
2. Conception de l'intérêt public :
   - 2.1. Idéaliste ;
   - 2.2. Rationalisme ;
   - 2.3. Réalisme ;
3. Conception de la communauté :
   - 3.1. Citoyens (égalitarisme) ;
   - 3.2. Victime ;
   - 3.3. Citoyens potentiels ;
4. rôle de l'organisme :
   - 4.1. Éducateur populaire ;
   - 4.2. Coordonnateur ;
   - 4.3. Agent de développement ;
   - 4.4. Support technique et conseiller ;
   - 4.5. Planificateur ;
   - 4.6. Expert ;
   - 4.7. Militant ;
5. Types de problèmes ;
   - 5.1. Injustice et inégalité socioéconomique ;
   - 5.2. exclusion sociale ;

5.3. Itinérance et précarité résidentielle ;

5.4. marginalisation ;

6. Stratégie de base

6.1. Approche scientifique, philosophique base sur les faits et guidée par la rationalité ;

6.2. Éducation et conscientisation ;

6.3. Cristallisation des connaissances ;

6.4. participation et concertation de la population, des organismes communautaires et publics et des leaders économiques dans les solutions du problème ;

7. Moyens et techniques :

7.1. Consensus et concertation ;

7.2. Amélioration des canaux de communications entre les différents groupes d'intérêts ;

7.3. Éducation et sensibilisation (réunion, rencontre, session de formation, ...) ;

7.4. Information et éducation ;

7.5. coopération conflictuelle et friction possible avec certains acteurs ou secteurs de la communauté ;

7.6. Confrontation intellectuelle ;

7.7. collaboration critique ;

7.8. négociations avec l'autorité ;

7.9. proposition de normes législatives ;

7.10. proposition d'amendements législatifs ;

8. Structure par laquelle s'effectuent les changements :

8.1. ???

9. Orientation vis-à-vis la structure du pouvoir (rapport à l'état) :

9.1. Les membres de la structure du pouvoir sont des collaborateurs et des sources d'apui dans un projet collectif ;

10. Type de communauté auxquelles s'adresse l'intervention :

10.1. ...

FIN

[1] Texte cité et traduit par jean-Pierre Deslaurier. (1973). « *Habiter autrement* », Service sociale, 33, 1, 1984, p. 61, et extrait de : Pynoos, J., Schafer, R., et Hartmen, C., « *housing urban america* », Chicago, Aldine, p. 1.
[2] RSIQ. (2006). « *Pour une POLITIQUE en ITINÉRANCE : Plateforme de revendications du Réseau SOLIDARITÉ* », Itinérance du Québec.
[3] Aubin, J., Paquin, G. et coll (1986). « *Discrimination et harcèlement sexuel : rapport de l'enquête femmes et logements* », Comité Logement Rosement et Front d'action populaire en réaménagement urbain, Montrécollab.
[4] MSSS. (2005). « *Plan d'action en santé mentale 2005-2010. La force des liens* ». Gouvernement du Québec, Juin 2005.
[5] Commission des Droits de la Personne et Droits de la jeunesse (Direction de la recherche et de la planification), « *Mémoire à la Commission de l'Aménagement du territoire de l'Assemblée Nationale : Les interventions dans le domaine du logement : une pierre angulaire de la lute contre la pauvreté et l'exclusion* », octobre 2002.
[6] Fontan, 1997; Leduc., Brown., 1997, cité par Laberge et Roy, 2001 : p. 117.
[7] Marpsat et Firdion, (2000).
[8] Commission des Droits de la Personne et Droits de la jeunesse, « *Pauvreté et droit au logement en toute égalité : une approche systémique – synthèse* », Janvier 1997, 30 p.
[9] McAll, Christopher et al (1996). « *Structure, systèmes et acteurs : Welfare et Workfare comme champs d'action sociale* », équipe de recherche sur la pauvreté et l'insertion au travail, Département de Sociologie, Université de Montréal, 206p.
[10] McAll, Christopher et al (1995). « *Les barrières à la réinsertion sociale et professionnelle des personnes assistés sociales et la réforme de sécurité du revenu* », Département de Sociologie, Université de Montrécollab., p. 2.
[11] Office des personnes handicapées du Québec (2002). « *Énoncé de politique sur la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale : commentaires de l'office des personnes handicapées du Québec* », p16.
[12] Garon, Muriel, « *Quelques notes en marge du sondage du ministère de la Main d'œuvre, de la sécurité du revenu et de la formation professionnelle sur le phénomène du non-paiement des loyers* », CDPDJ, pp 4-5.
[13] Laberge et Roy, 2001; RAPSIM, 2003; FRAPRU, site internet [2003].
[14] Pour mieux comprendre la discrimination lors la recherche de logement envers les personnes assistées sociales : « *Pauvreté et droit au logement en toute égalité : une approche systémique – Synthèse* », janvier 1997, Document officiel — 30p. Garon Muriel, CDPDJ.
[15] Société Canadienne d'Hypothèques et de Logement, « *Profil des résidents de maisons de chambres* », Le point en recherche : Série socio-économique, Juillet 2006
[16] Charbonneau, Stéphane, King, Norman, Smargiassi, Audrey et Wexler, Martin (2004). « *Localisation et ampleur des conditions d'habitation problématiques à Montréal* », Ville de Montréal et Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montrécollab., Québec.
[17] *Ibid*, page 25.
[18] *Ibid*, pages 5, 12 et 13.
[19] Dansereau et collab. 2002. op. cit.
[20] Association des propriétaires de logements (CORPIQ), juin 2006.
[21] SCHL (2004b). p. 4., op. cit.
[22] Jobin, Pierre-Gabriel (1973).
[23] © Gouvernement du Québec (2003)., « *POUR UN LOGEMENT PLUS ACCESSIBLE : Vers une société plus humaine* », p. 4.
[24] Code civil du Québec (voir Cigles de droit, de lois et règlements).
[25] Thibodeau, Jean-Claude (2004), « *Évolution du marché du logement locatif : analyse, effets et perspectives* », p. 43-44.
[26] *Idem.*, p. 52.
[27] Service de la mise en valeur du territoire et du patrimoine. (Octobre 2006). « *Règlement sur la salubrité et l'entretien des logements (RVM 03-096) : Bilan de l'application 2003 – 2006* », p. 3
[28] *ibid.*, p. 3.
[29] *Ibid.*, p. 3.
[30] *ibid.*, p. 6.
[31] *Ibid.*, p. 7-8.
[32] *Ibid.*, p 8.
[33] *Ibid.*, p 9.
[34] *Ibid.*, p. 21.
[35] Champoux-Lesage, Pauline., « *Projet de loi n° 57 : Loi sur l'aide aux personnes et aux familles* », commentaires de Mme Pauline Champoux-Lesage Protectrice du citoyen, Québec, 2004.
[36] Ministère de l'Emploi, de la Solidarité sociale et de la Famille., « *Concilier liberté et justice sociale : un défi pour l'avenir* », Gouvernement du Québec, 2004.
[37] Source : Statistique Canada, Recensement 1996, compilation SHQ.

[38] Ville de Montrécollab. 2003. op. cit
[39] Ville de Montrécollab. 2003. op. cit.
[40] Source : Site Internet de la SCHL. [http://www.cmhc-schl.gc.ca/fr/Faqs_fr/faq_003.cfm].
[41] Statistique Canada, Recensement 2001. 43 Ville de Montrécollab. 2003. p. 98. op. cit.
[42] Ville de Montrécollab. 2003. op. cit.
[43] Dansereau et collab. (2002). « *Logement social et logement abordable. Cibler les interventions sur le marché du logement pour en maximiser l'impact sur les conditions résidentielles des ménages à faible revenu. Mémoire présenté à la Commission de l'aménagement du territoire.* », Montréal, Institut national de la recherche scientifique, Centre Urbanisation, Culture et Société (INRS-UCS), p. 6.
[44] L.R.Q., chapitre A-2.1.
[45] La Fédération des coopératives d'habitation intermunicipale du Montréal métropolitain (FECHIMM). (2006). « *Bilan de l'application du Règlement sur la salubrité et l'entretien des logements à Montréal 2003 – 2006* ».
[46] © Gouvernement du Québec. (2005). « *Rapport annuel de gestion (2004-2005)* », Régie du Logement
[47] Dansereau, F., et Choko, M. (Juin 2002) « *Les Logements Privés Au Québec : la composition du parc de logements, les propriétaires bailleurs et les résidants* », Société d'habitation du Québec, INRS-Urbanisation, Culture et Société.
[48] Dansereau, Francine., et Choko, Marc avec la collaboration de Divay, Gérard. (2002). « *Les logements privés au Québec : la composition du parc de logements, les propriétaires bailleurs et les résidants* », INRS Urbanisation, Culture et Société.
[49] Conseil supérieur de l'éducation. (1981). « *L'éducation sexuelle* ». Recommandations au ministère de l'éducation.
[50] Kramer, R et Specht, H. (1983). « *Readings in Communitity Practice Organization*», New York, Prentice Hall, p.2-23.
[51] RRASMQ. (2006). « *Balises : pour une approche alternative des pratiques de soutien communautaire en santé mental* », Novembre, p. 3.
[52] Malherbe. (1990). « *Les fondements de l'éthique* », *Ethica*, vol. 2, no 2, p. 9-34.
[53] Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MESS). « *Plan d'action en matière de santé mentale* ».
[54] Besson, C. Guay. (2000). « *Profession travailleur socicollab. Savoir évaluer, oser s'impliquer* », *Europe: Gaëtan Morin Éditeur, p. 226.*
[55] Platon, *Le sophiste*, in PL Gal, tome II, 218d, p. 261.
[56] Platon, *La politique*, idib, 227d, 278c, p. 372,374.
[57] Audi, R. (Ed.). (1995). « *The Cambridge dictionary of philosophy* », Cambridge:Cambridge University Press.
[58] Guba, E. G., et Lincoln, Y. S. (1994). « *Competing paradigms in qualitative research* », In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), « *Handbook of qualitative research* », pp. 105-117, Thousand Oaks:Sage.
[59] Lincoln, Y.S., et Guba, E.G. (2000). « *Paradigmatic controversies, contradictions, and emerging confluences* », In N.K. Denzin & Y.S. Lincoln (Eds.), « *Handbook of qualitative research* », 2nd ed., pp. 163-188, Thousand Oaks:Sage.
[60] Audi, R. (Ed.). (1995). « *The Cambridge dictionary of philosophy.* », Cambridge:Cambridge University Press.
[61] Levy, R. (1994). « *Croyance et doute : une vision paradigmatique des méthodes qualitatives.* », Ruptures, revue transdisciplinaire en santé, 1, 92-100.
[62] Macdonald, G., et Bunton, R. (1992). « *Health promotion: Discipline or disciplines?* », In R. Bunton, et G. Macdonald (Eds.), « *Health promotion : Disciplines and diversity* », pp. 6-19, London:Routledge.
[63] Popay, J., et Williams, G. (1996). « *Public health research and lay knowledge* », Social Science & Medicine, 42, 759-768.
[64] Rootman, I., & O'Neill, M. (1994). « *Developing knowledge for health promotion.* », In A. Pederson, M. O'Neill, & I. Rootman (Eds.), « *Health promotion in Canada : Provincial, national & international perspectives* », pp. 139-151, Toronto:W.B. Saunders Canada.
[65] Levy, R. (1995). « *La santé publique : une transprofession ?*», Ruptures, revue transdisciplinaire en santé, 2, 131-135.
[66] Labonté, R. (1994a). « *Death of a program, birth of a metaphor : The development of health promotion in Canada* », In A. Pederson, M. O'Neill, & I. Rootman (Eds.), « *Health promotion in Canada : Provincial, national & international perspectives* », pp. 72-90, Toronto:W.B. Saunders, Canada.
[67] Bernstein, R. J. (1992). « *The new constellation: The ethical-political horizons of modernity/postmodernity* », Cambridge, MA:The MIT Press.
[68] Habermas, J. (1984). « *The theory of communicative action. Reason and the rationalization of society* », Boston:Beacon Press.
[69] Habermas, J. (1987). « *The theory of communicative action. Lifeworld and system : A critique of functionalist reason* », Boston : Beacon Press.
[70] Gregory, W.J. (1996). « *Discordant pluralism : A new strategy for critical systems thinking* », Systems Practice, 9, 605-625.
[71] Chambers, S. (1995). « *Discourse and democratic practices* », In S.K. White (Ed.), The Cambridge companion to Habermas, pp. 233-259, Cambridge:Cambridge University Press.
[72] Lamoureux, J. (1994). « *Le partenariat à l'épreuve* », Montréal : Les Éditions Saint-Martin.
[73] Feyerabend, P. K. (1979). « *Contre la méthode : esquisse d'une théorie anarchiste de la connaissance.* », Paris : Seuil.
[74] Not, L. (1987). « *La notion de projet en pédagogie entre 1875 et 1975* », dans M. Bru et L. Not, « *Ou va la pédagogie du projet ?* », Toulouse:EUS, p. 7-41.
[75] Goodrich, H. T., Hatch, T. et collab. (1995). « *Teaching through projects* », New York:Addison-Wesley, 124 p.
[76] Bernstein, R. J. (1971). « *Praxis and action* », Philadelphia:University of Pennsylvania Press.
[77] Dewey, J. (1958). « *Experience and nature* », New York:Dover Publications.
[78] Joannert, P. et Vander Borght, C. (1999). « *Créer des conditions d'apprentissage, un cadre de référence socioconstructiviste pour une formation didactique des enseignants* », Bruxelles:De Boeck.

[79] Poulantzas, N (1978). « *L'État, le pouvoir, le socialisme* ». Paris, Presses universitaires de France.
[80] Grason, V. (1999). « *Le communautaire est-il à vendre ?* », La Presse, 6 octobre, p. B3
[81] Leroux, Richard., Ninacs, W. A. (2002). « *LA SANTÉ DES COMMUNAUTÉS : perspectives pour la contribution de la santé publique au développement social et au développement des communautés* », Institut national de santé publique du Québec.
[82] Hancock, Trevor (1999). « *Compte rendu de conférence lors des Journées annuelles de santé publique 1999* ».
[83] Hancock, Trevor (2000). « *Social Development and Public Health*», Notes pour une conférence donnée lors de la session des Journées annuelles de santé publique 2000.
[84] Hancock, Trevor. (2001). « *Health-based Indicators of Sustainable Human Development* », Paper prepared for the Office of Sustainable Development, Health Canada.
[85] Leroux, Richard., Ninacs, W. A. (2002). « *LA SANTÉ DES COMMUNAUTÉS : perspectives pour la contribution de la santé publique au développement social et au développement des communautés* », Institut national de santé publique du Québec, p. 5.
[86] Organisation mondiale de la santé. (2001). « *La santé mentale, nouvelle conception, nouveaux espoirs* » dans Rapport sur la santé dans le monde 2001, Genève.
[87] Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec. (1995). « *Et la santé, ça va ?* » Rapport de l'enquête sociale et de santé 1992-1993, volume 1, Montréal.
[88] Institut de la statistique du Québec. (2002). « *Portrait social du Québec, données et analyse*», édition 2001, Québec, Éditeur officiel du Québec, p. 280.
[89] Vézina, M., Jauvin, N., Dussault, J., Malenfant, R., Bourbonnais, R. et April, M. (2003). « *Recherche sur les effets du travail en détention sur l'absentéisme au travail, la santé et la sécurité du personnel*», Volet qualitatif : entrevues individuelles et de groupe. Rapport court : Faits saillants d'analyse, conclusions et recommandations. RIPOST, CLSC-CHSLD Haute-Ville-Des-Rivières.
[90] Molinier, P. (2005). « *Perspectives actuelles en psychodynamique du travail : les nouvelles formes de servitude*», Acte de conférence. Université Laval, mai 2005.
[91] Dejours, C. (1999*). « Violence ou dominisation? Travailler* », 3 : pp. 11-29.
[92] Certaines recherches font ressortir chez l'homme violent des traits de personnalité anti-sociale (Gondolf 1988, Millon 1985, Stewart et deBlois 1981), des traits de personnalité limite (Hamberger et Hasting 1988, Hasting et Hamberger 1986, Millon 1985, Ceasar 1986), des traits psychopathiques (Ceasar 1986, Millon 1985, Geffner et Coll, 1986) ainsi que des traits de personnalité schizoïde, dépressive et narcissique. D'autres conclu que l'hommes violents ne seraient pas des malades mentaux (Stark et Flitcarft 1988, Langney et Levy 1987). Selon Ceasar (1986), l'histoire de l'homme violent commence par des relations avec des figures parentales inadéquates, insuffisantes, déficientes ou manquantes. Morgan (1982) et Ruotolo (1975) relient le phénomène à des besoins de dépendance qui, n'ayant pas été satisfaits dans l'enfance, font naître un état d'immaturité permanent, un état de dépendance, un manque de confiance en soi et des sentiments d'infériorité qui rendent le sujet très vulnérable au rejet, à l'abandon et aux humiliations. « *L'homme violent n'a pas dépassé ses besoins de dépendance infantile. Il tente de les nier en dominant les autres* » (Morgan 1982).
[93] Service de police de la Communauté Urbaine de Montréal (1996). « *La police de quartier. Ensemble pour mieux servir*» , document public d'information, 108 pages.
[94] Gouvernement du Québec (2001). Politique ministérielle en prévention de la criminalité « Pour des milieux de vie plus sécuritaires », Québec, novembre 2001, p. 8. (http://www.msp.gouv.qc.ca)
[95] *Idem*, p. 9.
[96] Cusson, M. et Biron, L. L. (1995). « *L'état des connaissances sur l'efficacité des mesures de prévention sociale et situationnelles*», p. 5.



De la dégradation du tissu social

Les dérives et l'influence réelle des services sociaux sur les phénomènes socioéconomique et la dégradation du tissu social

Le choix d'un peuple !

« Il y a problème social lorsqu'un grand nombre de personnes sont affectées par une situation donnée, que cette situation est jugée intolérable et que les gens sont conscient de la nécessité d'une action collective » (Mayer, R., Laforest, M., 1990)

« Does the need of the many, outways the need of the few or the ore. Does, the need of the one might reflect the need of the many »

« L'aventure c'est l'aventure » (Lelouche, C., 1972)

« L'erreur n'a pas d'effet si elle est corrigé » et *« le contraire de la vérité est la fausseté : quand elle est tenue pour vérité, elle se nomme erreur »* (Kant, *Logique*)

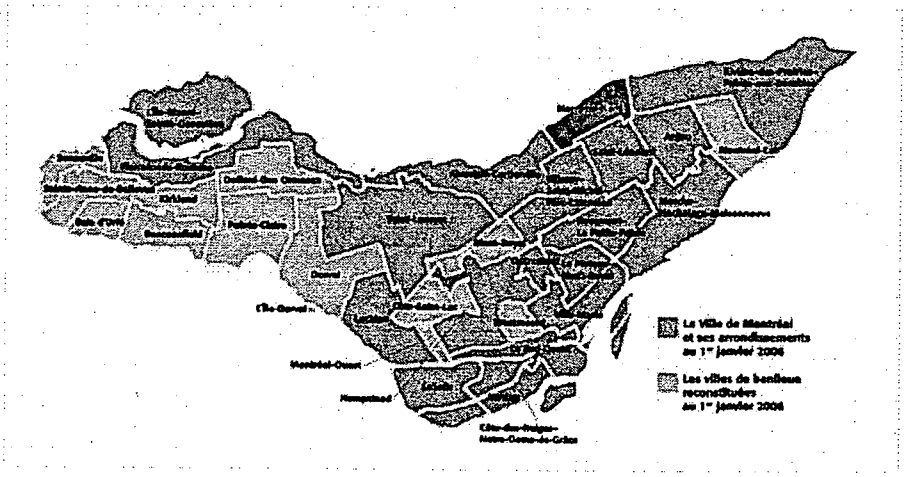
« Dans une société de droit, l'accès à la justice social est une valeur fondamentale et un outil essentiel pour les citoyens. [...] La pluralité des voix n'est pas une preuve, pour les vérités malaisées à découvrir, tant il est bien plus vraisemblable qu'un homme seul les ait rencontré que tout un peuple » (Descartes, *Discours de la méthode*)

MONSIEUR PHILIPPE JEAN
3742, Avenue Laval, #303
Montréal (Québec) H2X 3C9

514.967.9052
philippe_jean_2008@yahoo.ca

EMBLEME DU RAPPORT : le ratel
DERNIERE MISE A JOUR : Montréal, lundi 3 novembre 2008, incomplete final draft.

DE LA DEGRADATION DU TISSU SOCIAL

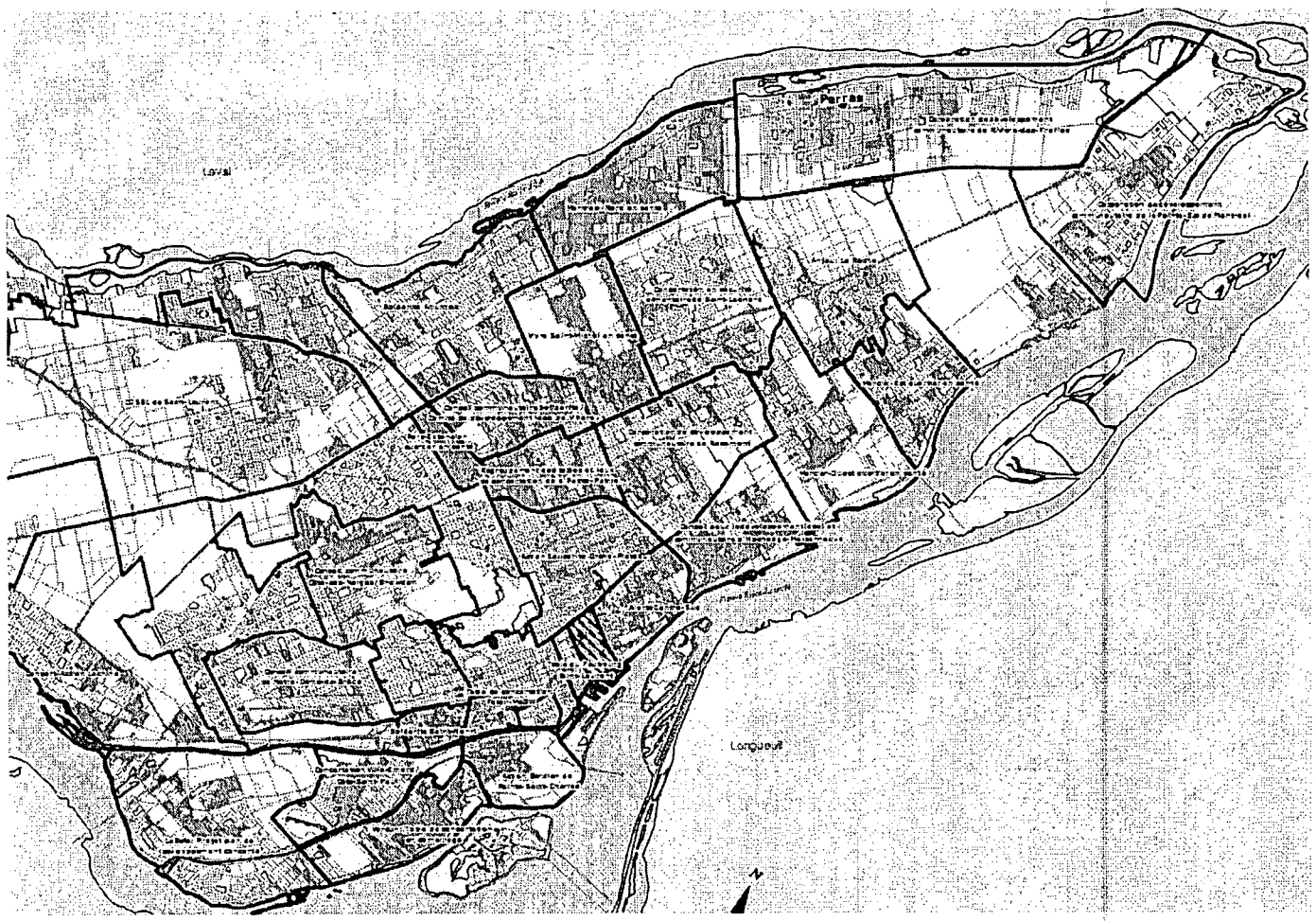


1 Ville de Montréal et ses arrondissements.

Suite au document sur la problématique du phénomène de (pré)itinérance, ou d'itinérance temporaire, ou de nomadisme, et de précarité résidentielle, voici un document sur le phénomène de la dégradation du tissu social. Le tissu social, le capital social, la régulation sociale, les pratiques sociales, l'innovation sociale, le soutien social, la judiciarisation du social, la coercition et la répression, sont autant d'éléments de la dynamique relationnelle interindividuels et intergroupale. Ce document est malheureusement inachevé compte tenu de l'énorme tâche qu'est de définir une problématique sociale selon la perspection socioécosystémique. Le signataire tente de définir les déterminants de la santé et une analyse sommaire de certaines politiques sociales.

Une note importante sur le phénomène de la stigmatisation sociale, facteur déterminant de la dégradation du tissu social, et de précarité résidentielle, et de préitinirance. De plus, la catégorisation sociale reliée la stigmatisation sociale par les éléments qui contrôle l'environnement social vont à contresens de l'inclusion sociale et favorise l'émergence de la (pré)déviance et de la déviance et de la dégradation de l'identité sociale et individuelle.

Une autre note importante sur le phénomène de mobilité sociale, facteur important d'un tissu social sain.



2 Secteur défavorisé de la ville de Montréal, direction du développement urbain, direction du développement social (Décembre 2002) selon le recensement canadien de 1996, site internet visité le 9 octobre 2008 ;

Préface

« Pourquoi, en effet, le Québec apparaît-il immobilisé? Parce que, au-delà des mythes et des illusions, il compterait trop de groupes de toutes sortes, déterminé à défendre leur avantages et intérêt propres, au détriment du bien commun. Le diagnostic est typique d'une certaine vision du monde, selon laquelle la société est composée d'individus rationnels cherchant uniquement à promouvoir leurs intérêts personnels. Dans cette optique, les groupes organisés visent avant tout à acquérir ou à maintenir des privilèges et des droits acquis, et plus ils sont nombreux et puissants, plus la société devient inefficace et paralysée. »

Quel est donc cette la dégradation continuelle des politiques en matière sociale. Le *Protecteur du Citoyen* ne fait-il pas des recommandations? La *Commission des Droits de la Personne et des Droits de la Jeunesse* n'en fait-elle pas autant? Le *ministère de l'emploi et de la solidarité sociale* n'affecte-t-il pas le sort de milliers de personnes démunies ? Qui sont donc ces *organismes public et communautaire* qui doivent s'assurer de l'application des politiques et des droits en matières sociales?

Ce document proposera un plan d'action concret basé sur une analyse systématique de la problématique de la dégradation du tissu social qui semble favorisée des phénomènes tel que, entre autre, la discrimination, la violence psychologique et moral, la violence conjugale et le décrochage scolaire.

La Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal qui écrivait, en 2002, *« en effet, les conditions socio-économiques apparaissent comme un puissant déterminant de la santé et de la maladie. (...) Les inégalités socio-économiques se traduisent par des inégalités en terme de santé et de bien-être, qui se reflètent et se résument, en bout de piste par des écarts importants dans l'espérance de vie »*. (Extraits RRSSSM, Mémoire Loi 112, 2002). Heureusement, l'assurance médicaments offre une lueur d'espoir.

Pourrait-on prétendre que certaines faillent à leurs missions de telle sorte que cela affecte négativement le tissu social et même la santé des personnes?

Notre système encourage les bénéfices et cherche le rendement. Pour notre richesse collective, pour notre bien-être à tous, mais aussi pour notre malheur parfois. Publiée par Statistique Canada en 2006, on a calculé la richesse médiane de toutes les familles au pays depuis 21 ans, soit de 1984 à 2005. Le constat est simple, clair et précis. Les familles faisant partie des 20 % les plus riches ont augmenté leur richesse de 19 % depuis 1999. Si on recule jusqu'en 1984, la hausse est de 64 %. Pendant ce temps-là, les familles faisant partie du groupe des 20 % les plus pauvres au pays ont encaissé une chute de leur richesse de 43 % depuis 1999.

Autant de questions qui nécessitent autant de réponses. Cette présente vise essentiellement à fournir une vision d'une civilisation, à proposer des alternatives, à stimulé la réflexion sur la recherche d'une « utopie évolutionniste », afin de créer un lieu respectueux de la vie et de la nature, démocratique et pacifié. La mise en œuvre de la « responsabilité sociale » et de l'« éthique de la conscience » permettront d'accéder à cette Utopie enviable.

Dans la société démocratique où nous vivons, l'audience des acteurs est de plus en plus fonction de leur représentativité. Les œuvres associatives ne peuvent échapper à cette règle du jeu, si elles veulent être reconnues. Cependant, beaucoup sont encore dirigées par de fortes personnalités, entourées de quelques amis, et l'on peut faire encore l'apologie par réalisme de ces quasi dictatures. Cet état de choses ne suffit plus à leur audience...

DE LA DEGRADATION DU TISSU SOCIAL

Table des matières

EN GUISE DE PREAMBULE **8**

DE L'AVANT PROPOS 8
DU MANIFESTE 8

DETERMINANTS DE LA SANTE **10**

L'AUTONOMIE ET DE L'AUTODETERMINATION 13
DE L'EXCLUSION SOCIALE 13
DE LA JUSTICE SOCIALE 15
DE LA SANTE MENTALE 17
La psychologie communautaire *18*
CANADA HEALTH CONSUMER INDEX 20
ÉTAT DE L'APPRENTISSAGE AU CANADA 20
Le changement paradigmatique *21*
Vers un avenir axé sur l'apprentissage au canada : l'apprentissage tout au long de la vie *28*
Apprentissage chez les jeunes enfants *30*
Poids à la naissance 32
Développement physique 33

DES OBSERVATIONS **33**

DE L'ENVIRONNEMENT ET DU CONTEXTE SOCIAL 33
Qu'est-ce que le tissu social *33*
De la théorie de la régulation sociale *33*
De la médiation sociale ou socio-économique : innovation sociale ou nouveau mode de régulation ? Vers des espaces tiers de socialisation *35*
« Agressiveness » ou de l'agressivité et la violence *37*
De la pauvreté et le phénomène d'exclusion sociétale *37*
De l'équitée en matière d'employabilité *38*
Du conflit d'intérêt *39*
De la nature des choses *41*
De la Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale *42*
Peut-il y exister une dérive dans la mise en en oeuvre de politiques sociales ? *42*
Peut-il y exister une dérive dans le mouvement communautaire en matière de défense des droits? *43*
Des pratiques sociales : le « disempowerment » institutionalisé *44*
De la régulation sociale : De la Charte Montréalaise des droits et Responsabilités *47*
De l'intervention social *47*
Le soutien social *47*
La stigmatisation sociale *47*
Stigmate 47
Stigmatisation 52
Stigmate social 52
Pauvreté 55
Situation de handicap (physique, mental, émotionnel et social) 55
Stéréotype et discrimination 56
Catégorisation sociale 57
Stigmatisation et déviance 59
Stigmatisation et santé mentale : psychiatrie citoyenne 62
De la « judiciarisation » du social *63*
Du phénomène social 63
De la judiciarisation 63
De la dyslexie 64

Le capital humain détermine-t-il l'innovation? ... *64*
Le capital social détermine-t-il l'innovation? ... *64*
Le dogmatisme ... *66*
De la bibliothèque ... *67*
De l'immigration et de l'acces à un travail ou à un logement décent ... *67*
De l'accès à l'aide juridique ... *67*
De la police civil ... 67
Du logements et des ménages locataires à faible revenu ... *67*
Droit au logement versus droit de propriété ... 67
L'habitabilité ... 70
Définitions selon statistiques canada ... 71
Portrait des Ménages ... 75
L'abordabilité en matière de logement ... 75
Seuils et Taux de faible revenu ... 76
Alimentation ... *76*
Développement de l'enfant et la pauvreté ... *77*
Les enfants « Teflon » ... *77*
Du système d'éducation ... *78*
Pauvreté ... 78
Du décrochage ... 78
Clivage éducationnelle ... 78
Composite de l'apprentissage ... 78
De l'immaturité infantile et de la maternelle ... 78
Du système de Santé et des services sociaux ... *79*
Les services sociaux ... 79
De la santé et de la maladie mentale ... 82
De la pénurie de médecin de famille ... 84
En guise de conclusion ... *84*
POLITIQUES ET INTERVENTIONS SOCIALES ... 85
De la sécurité du revenu et des fonctionnaires municipaux ... *85*
Direction de la sécurité du revenu et du développement social ... 85
Des fonctionnaires municipaux ... 95
De la politique de plaintes du MESS ... 98
Du vent de renouveau à la sécurité du revenu : le « Projet Convergence » ... *100*
« Projet Convergence » ... 100
La prise en charge des sinistrés uniformisée ... 102
Stratégies/Objectifs – Emploi-Québec : 2007-2008 ... *102*

VERS UNE NOUVELLE POLITIQUE SOCIAL ET UN NOUVEAU CONTRAT SOCIAL ... 103

DES GAINS DE PRODUCTIVITE ET DE LA BONNE GOUVERNANCE ... 103
QUELQUES REFLEXIONS PRELIMINAIRES D'UNE POLITIQUE DE LUTTE CONTRE L'ITINERANCE ... 104

INTERVENTIONS SOCIALES ET INTERVENTIONS SOCIO-EDUCATIVE ... 106

HISTORIQUE DES VERSIONS ... 110

VERSION 0.1 A 0.3 ... 110
VERSION 0.3 A 0.4 ... 110
VERSION 0.4 A 0.6 ... 110
VERSION 0.6 A 0.7 ... 111
ERRATUM ... 111

INDEX ... 112

TABLE DES ILLUSTRATIONS ... 113

EN GUISE DE PREAMBULE

De l'avant propos

D'une part, en tant que citoyens et citoyennes, nous considérons que nous avons droit à des services publics accessibles, équitables et de qualité pour tous et toutes. *La Charte québécoise des droits et libertés de la personne* déclare :

> *« Toute personne dans le besoin a droit, pour elle et sa famille, à des mesures d'assistance financière et à des mesures sociales, prévues par la loi, susceptibles de lui assurer un niveau de vie décent ».*

D'autre part, la Loi visant à lutter contre la **pauvreté** et **l'exclusion** sociale vise à « *améliorer la situation économique et sociale des personnes et des familles qui vivent dans la pauvreté et qui sont exclues socialement* ».

Du manifeste

> *« Puisque la conscience entraîne la responsabilité, je me vois contraint de dénoncer un phénomène qui m'apparaît évident et qui mérite, à mon avis, d'être porté à l'attention des intervenants et acteurs de notre collectivité » (Philippe Jean, op. cit.).*

Le signataire de ce rapport est un « citoyen dissident passif-actif[1] » et agit en toute indépendance d'esprit de tout parti politique et de tout organisme communautaire. Conséquemment, l'action sociale et communautaire préconisée par le signataire s'exprime en dissidence de certaines mouvances communautaires, et certainement, de plusieurs orientations politiques gouvernementales en matière d'action communautaire.

Cet ouvrage s'avère un « **exercice de style** » visant à appréhender un phénomène social à partir d'hypothèses de bases comme suite aux observations et aux réflexions issues d'une analyse sommaire de l'environnement du tissu social dans lequel le signataire est immergé. Cet ouvrage vise nécessairement à alimenter la réflexion sur un sujet particulier afin que les décideurs et acteurs sociaux puissent entreprendre des mesures correctrices fondées sur les hypothèses, recommandations et conclusions de ce rapport.

L'ouvrage vise à mettre en perspective par une démarche intellectuelle et interdisciplinaire (il s'appuie, à la fois, sur la sémiotique, la théorie générale de la communication, de l'information, de la complexité, de l'intelligence, de l'intelligence artificielle, sur la théorie des systèmes, sur celle de la communication thérapeutique, sur la psychiatrie, la psychanalyse, la théorie de l'écologie sociale...) pour les faire interagir afin d'articuler une analyse de la situation du tissu social québécois.

Le problème de **dégradation du tissu sociale** pose des questions dans des domaines aussi différents que la philosophie, la biologie, l'éthologie, l'ethnologie, la psychologie et les sciences cognitive, la linguistique, la sociologie, l'économie, la gestion et le management, l'informatique, la psychiatrie et la psychanalyse, les thérapies familiales... domaines d'intérêts du signataires dont la rigueur de pensée et la méthodologie lui permettent de dégager toutes les informations issues de ces différents champs pour tendre vers une conceptualisation générale de type logico-mathématique des processus sociétaux à l'ouvre de la dégradation du tissu sociale.

[1] Considérée du point de vue de l'exercice de ses droits et de ses devoirs civils et politiques, alors que la personne ne soit pas un électeur, mais sujet de la cité, et désireux de participés aux affaires de cette dernières.

DETERMINANTS DE LA SANTE

La reconceptualisation de la « *santé* » autour de « déterminants » s'inscrit dans l'essor d'un nouveau champ dit de « santé des populations » et se focalisent autours de quatre piliers que sont le sont le biomédical, le clinique, les systèmes et services et les aspects socioculturels et environnementaux.

La santé des populations concerne l'étude des variations des états de santé entre les sociétés ou les sous-groupes de population. « *C'est l'étude des indicateurs de santé en fonction de paramètres sociaux, économiques, environnementaux et d'accès aux soins*[1] ». « *C'est la question des iniquités, celle du gradient de santé*[2] ». A quoi tient le différentiel de santé entre des sous-groupes de population même en prenant compte toutes les connaissances actuelles sur les prédispositions génétiques, les expositions pathogènes, les habitudes de vie, les soins de santé, le PNB, les classes sociales et l'accès aux services de santé? Pour d'aucuns, il reste encore des variables psychosociales telles la privation relative, la cohésion sociale, le soutien social, le capital social, la résilience et l'environnement social.

La santé des populations, c'est aussi un concept élargi de la santé. C'est le souci de la santé physique et de la santé publique, certes, mais aussi de la santé mentale et de la santé sociale. C'est le souci de la santé physique et de la santé publique, certes, mais aussi de la santé mentale et de la santé sociale. « *Nonobstant la priorité à lutter contre la pathologie et la détresse psychologique, l'objectif est d'assurer la pleine fonctionnalité et la qualité de vie, le bien-être, la saine adaptation et le plein développement du capital humain et social de la société*[3] ».

Les médecins de famille sont un vecteur privilégié de sensibilisation, de communication, de collaboration et de changement pour l'intégration de la santé des populations dans un paradigme « *d'écologie sociale* ».

La santé des populations, c'est aussi un **mode d'intervention**, en amont, visant les politiques et programmes plutôt que la prestation clinique de soins individuels. C'est la concertation d'interventions multiples ciblant simultanément divers acteurs et diverses modalités. C'est aussi une réallocation des ressources vers des mesures de plus grande généralisabilité.

Tous les gouvernements se doivent d'élaborer au plan national des politiques, des stratégies et des plans d'action visant à introduire et à maintenir les soins de santé primaires (*primary care*) dans un système national de santé complet et à les coordonner avec l'action d'autres secteurs. Tout être humain a le droit et le devoir de participer individuellement et collectivement à la planification et à la mise en œuvre des mesures de protection sanitaire qui lui sont destinées. Les soins de santé primaires (*primary care*) font intervenir, outre le secteur de la santé, tous les secteurs et domaines connexes du développement national et communautaire, [...] et requièrent l'action coordonnée de tous ces secteurs. La promotion de la santé est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci.

La promotion de la santé va au-delà des soins...Il s'agit d'une action coordonnée. Le lien qui unit les individus et leur milieu constitue la base d'une **approche socio-écologique de la santé**. Elle vise à renforcer l'action communautaire et la participation effective et concrète de la communauté ; à l'acquisition des aptitudes individuelles et des aptitudes individuelles Permettre aux gens d'apprendre pendant toute leur vie pour les préparer à affronter les étapes de celle-ci ; réorienter les services de santé vers une organisation au sein des services de santé recentrée sur l'ensemble des besoins de l'individu perçu globalement.

Ces actions se déploient sur plusieurs dimensions liées entres elles et en interaction dynamique et appel à l'action de tous les acteurs et à tous les niveaux et favorise le renforcement de la **participation et l'action sociale** et vise à permettre aux communautés et aux individus de contrôler leurs santés et leur environnement par l'**éducation** et

« **l'empowerment**[ii] » ainsi que par le renforcement de la coopération entre les programmes et les stratégies de promotion de la santé. Également, l'instauration des médiations entre les intérêts conflictuels dotant le tissu social de mécanisme de régulation sociale.

Les **approches globales** de développement de la santé sont les plus efficaces, dans certains cadres (communautés locales, écoles, lieux de travail, villes, municipalités) et les personnes sont au cœur des processus de prise de décisions et de l'action.

Théoriquement, l'apprentissage (éducation et information) favorise la participation. L'interdisciplinarité active divers types de savoirs (savoirs scientifiques, savoirs d'action et savoirs de vécu). Elle ne se définit pas en référence aux dimensions organisationnelles; temporelles, communicationnelles philosophiques qui fondent l'intersectorialité. L'interdisciplinarité accompagne souvent de fait l'intersectorialité... L'intersectorialité et la pratique en réseau ne peut fonctionner sans établir la communication entre les organisations ; il s'agit de créer des lieux de réunions, de mettre en place des médias d'information, de mettre en place des structures de dialogue.

Tout être humain à le droit et le devoir de participer, à la participation effective et concrète de la communauté, renforcer la participation à travers l'action citoyenne. La participation désigne une volonté d'impliquer de manière active les individus dans les processus de décision.

Les principes de la participation citoyenne dans ce contexte :

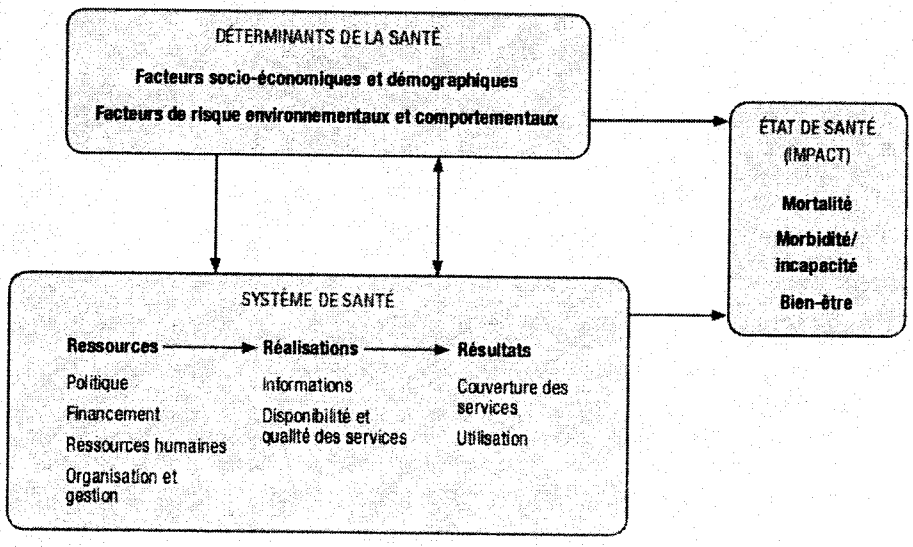
- Les individus peuvent donner leur avis sur un projet auquel il n'ont pas participé à la construction ;
- Son but est de proposer un ensemble de décisions à prendre et de solutions à envisager en commun ;
- Les citoyens sont associés au processus qui mène à la décision.

La notion et le processus « *d'empowement* » tissent des liens étroits avec l'approche par milieu de vie, le concept de participation, et l'augmentation du contrôle sur soi-même et son environnement. Les stratégies de « *l'empowerment* » vise à :

- Reconnaître et valoriser les forces, les capacités et les compétences des personnes et des organisations (communautés) ;
- Appuyer et renforcer les organisations (communautés) volontaires ;
- Susciter le regroupement des personnes par la formation de nouvelles organisations (communautés) volontaires et favoriser leur participation active.

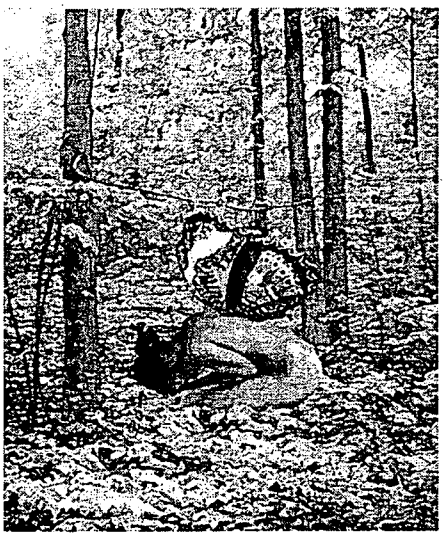
Les professionnels apparaissent donc comme des collaborateurs et les différents types de savoirs ne sont pas hiérarchisés. **L'approche écologique** amène l'information qui est générée par tous les systèmes en interactions à l'aide d'outils de pratiques de communication dans un dialogue ou une dialectique favorisant une synergie pour la construction et le partage volontaire de connaissance.

[ii] Il s'agit d' « [...] un processus d'action sociale par lequel les individus et les groupes agissent pour acquérir le contrôle sur leur vie dans un contexte de changement de leur environnement social et politique ».



3 Cadre pour l'évaluation des informations relatives à la santé (Source : Réseau de métrologie sanitaire, 2007).

L'autonomie et de l'autodétermination



« *Droit de gouverner par ses propres lois. Droit pour l'individu de déterminer librement les lois auxquelles il se soumet...* » Kant (Nouveau Petit Robert 1994).

De nombreux modes de pensée, de croyances, contribuent à l'identité des personnes, des organisations familiales et sociales et jouent un rôle important dans l'accès à l'autonomie. Le névrosé questionne ses désirs conscients et inconscients, le psychotique subit des contraintes vitales qui entravent son autonomie, entraînant dépendance familiale et sociale; l'écoute du discours du psychotique ne peut être entendue sans recadrage contextuel car risque de s'instaurer alors une erreur méthodologique ayant des conséquences tragiques, produisant des effets paradoxaux dans la communication. Il s'agit donc de transformer le travail clinique en source de réflexion.

Travailler sur la communication, c'est créer des contextes où certaines modalités relationnelles vont être éliminées, concentrées, transformées; c'est également reconnaître les phénomènes auto et hétéro-transférentiels qui caractérisent les modes d'organisation, de connaissance et d'interaction des systèmes vivants; c'est repérer les liens entre la sémiotique générale et les données de la clinique; c'est définir les **paradigmes systémiques** qui régulent la communication et tenir compte de leurs prolongements.

Par l'autonomie, l'organisme régit ses propres lois (P. Vendryes). Un être autonome dispose de ses propres lois; l'autonomie procède d'une acquisition. Comment protéger l'autonomie et l'intégrité des personnes qui demandent de l'aide ?

De l'exclusion sociale

Le chômage, la pauvreté, le manque de logement sont ainsi les premières causes qui viennent à l'esprit lorsque l'on parle d'exclusion. Les solutions seraient donc, créer du travail pour tout le monde, aider financièrement les pauvres, reloger ceux qui vivent dans la rue. Pourtant, dans le monde, il existe des endroits avec moins de travail, moins de richesses, moins de logements et... moins d'exclusion.

La genèse, les sources et les formes d'exclusions sont multiples. Je pense qu'en mettant l'emphase sur l'absence de logement social et en persuadant que l'itinérance est un problème essentiellement matériel, notre société fait erreur. Un diagnostic inexact qui oriente vers des solutions inadaptées. Plusieurs précarités seront évoquées ici – matérielle, psychologique, résidentielle, économique, service de santé – sont étroitement mêlées à la dégradation du tissu social. En se focalisant sur des problématiques matérielles, nos sociétés oublient l'aspect psychologique de la sécurité d'un individu dans une société. La situation des exclus est multiple. Les concepts de "déclassement", selon Pierre Bourdieu, ou de "disqualification sociale", selon Serge Paugam[4] ou encore de "désaffiliation" selon Robert Castel[5], montrent mieux comment de plus en plus de personnes, qui se trouvent en situation de grande vulnérabilité sociale, en finissent pas se trouver "déclassées" ou "disqualifiées" en tant que membres de leurs catégories initiales d'appartenance.

L'exclusion peut frapper dès l'enfance, lors de la scolarisation et des premières années dans le système familiale. En effet, l'enfant ayant subi une éducation trop sévère voire violente, ou encore le divorce ou la séparation de ses parents, voire un traumatisme grave (inceste, renvoi du foyer parental), ou de carences affectives, peut intérioriser

le jugement de sa famille (tel qu'il le comprend et se le représente) et s'exclure lui-même de la société, se sentant différent de ses pairs. Ce malaise se traduit souvent par un échec scolaire et professionnel. Et plus tard, l'adolescent devenu adulte vivra comme sans avenir professionnel, et donc sans avenir, du fait de cette exclusion initiale : dont une sorte de plafonnement. Conséquemment, L'enfant peut aussi être exclu lors de la socialisation primaire. C'est-à-dire dès ses premières années à l'école et dès sa première socialisation familiale. Les ruptures familiales précoces et les situations de maltraitance durant l'enfance déboucheraient fréquemment sur l'exclusion sociale.

Également, on note la PAUPÉRISATION ou de CLOCHARDISATION comme un appauvrissement continuel et progressif affectant principalement les classes pauvres et qui représente un autre aspect de l'exclusion sociale. Elle réfère également à l'écart entre le salaire réel, susceptible de s'accroître selon les périodes, et le salaire économiquement possible, auquel le travailleur peut légitimement prétendre (Mathieu 1970). Si Marx n'avait voulu parler que d'une paupérisation relative, comment aurait-il conclu que le capitalisme ferait tomber ses esclaves au-dessous même du minimum vital et les contraindrait ainsi, par une suite de réflexes irrésistibles, à faire s'effondrer violemment la bourgeoisie? (Jaurès, Ét. soc., 1901, , p. XXXV).

L'exclusion sociale est la relégation ou marginalisation sociale de personnes qui ne correspondent pas au modèle dominant d'une société. Elle n'est généralement ni véritablement délibérée, ni socialement admise, mais constitue un processus plus ou moins brutal de rupture progressive des liens sociaux.

L'exclusion sociale, en privant un individu ou un groupe d'une reconnaissance, nie son identité. Et lorsque l'on passe de l'état de fait au statut, alors s'opère un processus de stigmatisation[iii]. En outre, l'exclusion sociale a aussi concerné d'autres champs, d'autres valeurs, comme la famille, le mariage, le logement, la culture, la scolarisation... Lorsque des groupes qui se sentent exclus socialement ont encore assez de ressources (humaines, financières,...), ils peuvent développer des réactions à cette exclusion. Par contre, lorsque cette exclusion concerne des groupes très fragilisés (économiquement), elle entretient leur stigmatisation.

Dans les sociétés dites démocratiques supposées garantir l'exercice des droits et des devoirs, la désocialisation d'une partie de la population pose la question de la citoyenneté effective et non plus de principe. Par exemple, dans le Québec de la fin du XXe siècle, connaissant une population croissante d'exclus, « Les services sociaux et les organismes communautaires apparaissent comme les derniers endroits où ils sont encore considérés comme des citoyens... » La vie communautaire étant un autre lieu de reconstruction du lien social.

Dans les pays développés, les citoyens sont très libérés des emprises communautaires ; chacun peut ainsi se permettre de se fâcher avec son entourage, sa famille, de divorcer de son conjoint, d'ignorer ses voisins, de garder ses distances avec ses collègues de travail. Et pour cause : l'individu peut bénéficier d'une sécurité sociale impersonnelle et performante, qui protège des aléas matériels sans rendre redevable envers quiconque.

Il en est autrement des services sociaux. Il ne s'agit plus de la liberté qui permet d'orienter sa propre vie, mais d'une incapacité à se contraindre au travers de liens moraux[iv]. Telle devient alors la « liberté » d'un être humain en situation de dépendance et d'exclusion sociale. Dans un système communautaire, le partage est une obligation sociale qui rend le donateur socialement plus important. Mais contrairement à une éthique occidentale, l'initiative vient souvent de celui qui prend. L'entraide obligatoire pénalise ainsi les réussites personnelles. Celui qui réussit verra en effet débarquer des personnes parasitaires.

[iii] Stigmatisation : Accusation sévère et publique, flétrissure morale portée à l'encontre d'une personne, de ses actes, de sa conduite.

[iv] Un « lien moral » est le sentiment qui attache un individu à un autre au travers d'un sentiment de devoir moral. Il en existe plusieurs formes, dont notamment le lien de parenté et l'effet du don. La qualité de l'intégration d'un individu dans la société dépend du nombre et de la solidité des liens moraux qui le relient à ceux qui l'entourent.

De la justice sociale

Dans un souci de justice sociale, *l'Organisation mondiale de la Santé* (OMS) a constitué en 2005 *la Commission des Déterminants sociaux de la Santé* (ci-après dénommée la Commission) afin de réunir des éléments probants sur les moyens de promouvoir l'équité en santé et de donner l'élan nécessaire au niveau mondial pour passer à l'action. Créée dans le but de réunir des éléments probants sur les moyens de promouvoir l'équité en santé et de donner l'élan nécessaire au niveau mondial pour passer à l'action, la Commission est un organisme de collaboration mondiale entre responsables du choix des politiques, chercheurs et société civile dirigé par des commissaires possédant une palette unique de compétences dans les sphères politique et universitaire et dans le domaine de la sensibilisation.

La Commission envisage les déterminants sociaux de la santé dans leur ensemble. Le mauvais état de santé des pauvres, le gradient social de la santé dans les pays et les profondes inégalités sanitaires entre pays sont dus à une répartition inégale du pouvoir, des revenus, des biens et des services aux niveaux mondial et national, aux injustices qui en découlent dans les conditions de vie concrètes des individus (accès aux soins, scolarisation et éducation, conditions de travail, loisirs, habitat, communauté, ville) et leurs chances de s'épanouir.

Selon la Commission, la répartition inégale des facteurs qui nuisent à la santé n'est en aucun cas un phénomène naturel : elle résulte des effets conjugués de politiques et de programmes sociaux insuffisants, de modalités économiques injustes et de stratégies politiques mal pensées. Ensemble, les déterminants structurels et les conditions de vie au quotidien constituent les déterminants sociaux de la santé, qui sont à l'origine d'une grande part des inégalités en santé observées entre pays et dans les pays. Les profondes inégalités dans les rapports de force et dans les systèmes économiques à l'échelle mondiale ont une importance considérable pour l'équité en santé.

Selon la Commission, la communauté internationale doit trouver un juste équilibre entre le nécessaire développement socio-économique de la population mondiale, l'équité en santé et les mesures que réclame de toute urgence le changement climatique.

Les travaux de la Commission participent d'une nouvelle approche du développement. La santé et l'équité en santé ne sont peut-être pas le but de toutes les politiques sociales, mais elles en seront un résultat primordial. Prenons l'importance capitale accordée à la croissance économique : la croissance économique est sans conteste importante, en particulier pour les pays pauvres, car elle fournit des ressources avec lesquelles améliorer les conditions de vie de la population. Mais la croissance en elle-même contribue peu à l'équité en santé sans **politiques sociales** conçues pour répartir les avantages de la croissance de façon relativement équitable.

Les politiques et programmes doivent englober tous les grands secteurs de la société sans s'en tenir au seul secteur de la santé. Le ministre de la santé et son ministère doivent néanmoins jouer un rôle crucial dans le changement mondial. Ils peuvent militer au plus haut niveau de la société pour une approche axée sur les déterminants sociaux de la santé, mener une action efficace en suivant de bonnes pratiques et inciter les autres ministères à concevoir des politiques qui contribuent à l'équité en santé.

Selon un rapport[6] de la Commission publié en 2008 sur les déterminants sociaux, « la justice sociale est une question de vie ou de mort ». Dans tous les pays, quel que ce soit le niveau de revenu national, la santé et la maladie suivent un gradient social : plus la condition socio-économique est basse, moins la santé est bonne. Pour la *Commission des Déterminants sociaux de la Santé*, réduire les inégalités en santé est un impératif éthique. « *L'injustice sociale tue à grande échelle* ».

A cause du manque d'équité dans la façon dont les sociétés sont organisées, les possibilités de s'épanouir et d'être en bonne santé ne sont pas réparties équitablement entre sociétés et en leur sein. Les inégalités s'observent dans les conditions de vie pendant la petite enfance, dans la scolarisation, la nature de l'emploi et les conditions de travail, les caractéristiques physiques de l'environnement bâti et la qualité de l'environnement naturel. Selon la nature de ces environnements, les conditions matérielles, le soutien psychosocial et les schémas comportementaux

ne sont pas les mêmes pour tous les groupes et les rendent plus ou moins vulnérables aux problèmes de santé. *La hiérarchie sociale crée aussi des disparités dans l'accès et le recours aux soins, avec pour conséquence des disparités dans la promotion de la santé et du bien-être, la prévention de la maladie, les chances de rétablissement et de survie.*

L'inégalité des conditions de vie quotidiennes est le fait de structures et de processus sociaux profonds. *L'inégalité est systématique ; elle est le résultat de normes, politiques et pratiques sociales qui tolèrent voire favorisent les disparités d'accès au pouvoir, aux richesses et à d'autres ressources sociales indispensables.*

Selon leur nature, les politiques gouvernementales peuvent profiter ou nuire à la santé et à l'équité en santé. La cohérence des politiques est cruciale : pour favoriser la santé et l'équité en santé, les politiques des différents secteurs du gouvernement doivent se compléter au lieu de se contredire. L'action intersectorielle en faveur de la santé, soit une politique et une action coordonnée entre le secteur de la santé et d'autres secteurs, peut être une stratégie capitale pour garantir la cohérence nécessaire.

Tous les secteurs du gouvernement et de l'économie peuvent avoir une incidence sur la santé et l'équité en santé : les finances, l'éducation, le logement, l'emploi, les transports et la santé publique, pour ne citer qu'eux. Une action cohérente de l'ensemble des instances gouvernementales, à tous les niveaux, est indispensable pour une plus grande équité en santé.

La Commission appelle à combler les inégalités en santé en l'espace d'une génération. C'est une aspiration et non un pronostic.

La santé des populations concerne l'étude des variations des états de santé entre les sociétés ou les sous-groupes de population[7]. C'est l'étude des indicateurs de santé en fonction de paramètres sociaux, économiques, environnementaux et d'accès aux soins[8]. C'est la question des inéquités, celle du gradient de santé3. A quoi tient le différentiel de santé entre des sous-groupes de population même en prenant compte toutes les connaissances actuelles sur les prédispositions génétiques, les expositions pathogènes, les habitudes de vie, les soins de santé, le PNB, les classes sociales et l'accès aux services de santé? Pour d'aucuns, il reste encore des variables psychosociales telles la privation relative, la cohésion sociale, le soutien social, le capital social, la résilience et l'environnement social[9].

La santé des populations, c'est aussi une **innovation** dans l'unité d'analyse, de l'individu à la communauté, à la population. **La santé des populations**, c'est aussi un mode d'intervention, en **amont**, visant les politiques et programmes plutôt que la prestation clinique de soins individuels. C'est la concertation d'interventions multiples ciblant simultanément divers acteurs et diverses modalités. C'est aussi une réallocation des ressources vers des mesures de plus grande « *généralisabilité* ».

Le concept **d'écologie sociale** sert à décrire cette inscription des populations dans un environnement physique, économique, culturel et social en interaction avec un substrat biologique. Depuis les travaux initiaux de *Kurt Lewin*, de Barker et Schoggen et de Bronfenbrenner, **l'approche de l'écologie sociale** retient surtout l'organisation du « milieu » en niches systémiques et l'intégration des interactions comme dynamique essentielle dans la compréhension des phénomènes.

L'écologie politique est l'écologie d'une espèce particulière, l'espèce humaine, une espèce sociale et politique ; c'est une politique, mais c'est aussi une éthique : une aspiration morale à plus d'harmonie, d'autonomie, de solidarité, de responsabilité.

De la santé mentale



« Plus de 75% des personnes atteintes de troubles mentaux dans les pays en développement ne reçoivent ni traitement, ni soins. Un nouveau programme de *l'Organisation Mondiale de la Santé* (OMS) à lancé le 9 octobre 2008, à l'occasion de la *Journée mondiale de la santé mentale*, met l'accent sur les lacunes considérables dans le domaine des troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives. Le *Programme d'action Combler les lacunes en santé mentale élargir les soins pour lutter contre les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives)* souligne qu'avec des soins, une assistance psychosociale et des médicaments adéquats, des dizaines de millions de personnes pourraient être traitées pour des affections telles que la dépression, la schizophrénie et l'épilepsie et commencer à mener une vie en bonne santé – même lorsque les ressources sont rares »[10].

« Les gouvernements du monde entier doivent considérer la santé mentale comme une composante essentielle des soins de santé primaires. Nous devons modifier les politiques et les pratiques. Ce n'est qu'ainsi que nous arriverons à fournir les services de santé mentale essentiels aux dizaines de millions de personnes qui en ont besoin ».

La **santé mentale** est essentielle à la santé, principe qui figure dans la constitution de **l'OMS** où la santé est définie comme « *un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* ». Les travaux de recherche conduits ces dernières années ont mis en évidence que la santé mentale affecte fondamentalement la santé physique et inversement. **Santé mentale** et santé physique sont indissociables pour parvenir à un état de bien-être complet. Cependant, La **stigmatisation** des troubles mentaux et la **discrimination** dont sont victimes les patients et leur famille, les dissuadent d'avoir recours à des services de soins spécialisés. Les pénuries de psychiatres, médecin de famille, d'infirmiers spécialisés, de psychologues et de travailleurs sociaux font partie des principaux obstacles s'opposant aux traitements et aux soins de **santé mentale** dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire.

Il faut surmonter cinq obstacles fondamentaux pour développer les services de santé mentale: l'absence de cette spécialité dans les programmes de santé publique, ce qui a des conséquences sur son financement; l'organisation actuelle des services de **santé mentale**; le manque d'intégration avec les soins de santé primaires; l'insuffisance de ressources humaines dans ce domaine; l'absence d'encadrement de la santé mentale par la santé publique.

Un canadien sur cinq (ce qui représente 20 % de la population et près de 6 millions de personnes) seront probablement confronté à une maladie mentale en vertu d'un diagnostic médical excluant un ensemble de problématique de santé mentale; 3 % des Canadiens souffriront d'une maladie mentale grave.

On estime qu'en 2020, les troubles dépressifs constitueront la deuxième cause principale d'incapacité à l'échelle mondiale, et la principale cause dans les pays développés comme le Canada.

Or, *l'Enquête nationale sur la santé de la population* (ENSP) révèle que la prévalence chez le groupe étudier de la consultation de professionnels au sujet de problèmes de santé mentale et émotionnelle est faible, même chez les personnes ayant vécu récemment un épisode de détresse. Environ 65 % des personnes ayant vécu plusieurs épisodes qui venaient de traverser une période de grande détresse n'avaient consulté aucun professionnel de la santé au sujet de leur état de santé mentale ou émotionnelle l'année qui a précédé l'enquête; il en était de même de 75 % des membres du groupe ayant vécu un seul épisode.

Selon de récentes statistiques, la santé accaparait 40 % du budget du Québec en 2007 alors que 12 ans plus tôt, en 1995, le gouvernement y consacrait seulement 20 % de ses dépenses[11].

La santé mentale est définie comme la capacité de chaque personne de ressentir les choses, de réfléchir et d'agir de manière à mieux jouir de la vie, à mieux faire face aux défis[12]. Les problèmes de santé mentale sont, au contraire, synonymes de capacités réduites – cognitives, émotives, attentionnelles, interpersonnelles, motivationnelles ou comportementales – qui empêchent de jouir de la vie ou nuisent aux interactions de celui ou celle qui en souffre avec la société ou l'entourage. La faible estime de soi, la frustration ou l'irritabilité fréquente, l'épuisement professionnel, le stress et l'inquiétude excessive sont autant d'exemples de problèmes courants de **santé mentale**[13].



« Une étude exhaustive menée par *Wyatt Health Management*, la première en son genre, révèle que le Canada se classe parmi les derniers des pays développés lorsqu'il est question de donner accès à de nouvelles pharmacothérapies à ses citoyens les plus vulnérables, notamment les personnes âgées et les familles à faible revenu. « *Il est surprenant de constater à quel point le Canada se situe dans le peloton de queue comparativement aux pays de l'OCDE, a dit George Wyatt, auteur de l'étude de comparaison internationale menée par Wyatt Health. Les régimes publics de médicaments ont été conçus afin que les patients, particulièrement les personnes âgées et les familles à faible revenu, puissent avoir accès aux médicaments et aux pharmacothérapies. Ainsi, le Canada se classe 17e sur 18 pays en matière de dépenses publiques en produits pharmaceutiques*[14]. »

« *La santé mentale est indispensable pour favoriser le bien-être personnel, les relations familiales et l'apport de contributions utiles à la société. Elle est liée au développement des sociétés et des pays. La mauvaise santé mentale et la pauvreté interagissent pour alimenter un cercle vicieux : la mauvaise santé mentale diminue la capacité des personnes s'agissant d'apprendre et de jouer un rôle productif dans l'économie ; la pauvreté augmente à son tour le risque de développer des troubles mentaux, réduisant également la possibilité pour les personnes d'accéder aux services de santé* »

En 2005, le gouvernement entamait la décentralisation des services de santé mentale vers la première ligne. Le plan d'action mis en œuvre alors vise à renforcer les soins de santé mentale de première ligne destinés aux personnes souffrant de troubles mentaux modérés ou courants, en cohérence avec le développement des services de première ligne en santé physique. Sa réalisation représente un défi considérable, compte tenu de la forte concentration des ressources dans les services spécialisés de deuxième et troisième lignes.

LA PSYCHOLOGIE COMMUNAUTAIRE

La psychologie communautaire relève d'une discipline utilisant la compréhension des déterminants sociaux et politiques de la santé physique et de la santé mentale pour promouvoir la qualité de vie des individus et des communautés, et leur participation au développement des ressources locales (et notamment des ressources en santé mentale).

La santé mentale[v] dépend des caractéristiques individuelles, mais aussi communautaires, sociales et politiques. Le modèle écologique de la santé mentale ne peut se comprendre hors de l'environnement de vie des sujets. La psychologie communautaire se sert de l'environnement (famille, communauté, services...) pour ses interventions de promotion de la santé ou de prévention des troubles de la santé mentale. L'approche est intégrative. La psychologie communautaire place l'usager (et non son cadre d'intervention) au centre de sa réflexion.

La psychologie communautaire est une science qui fonde ses principes d'intervention sur des moyens éprouvés. Le psychologue communautaire s'investit et promeut les recherches-actions en santé mentale, en faisant participer les usagers concernés à ce processus.

[v] La santé mentale dépend des caractéristiques individuelles, mais aussi communautaires, sociales et politiques.

La psychologie communautaire privilégie une intervention de terrain, priorisant l'action auprès des populations vulnérables. La psychologie communautaire n'est pas une technique psychothérapique. Le psychologue communautaire cherche à promouvoir les ressources individuelles et communautaires favorisant l'expression de la santé mentale.

Des champs d'application :

- information auprès du "grand public",
- actions de prévention ciblée : information en milieu scolaire, visites à domicile de prévention auprès de familles vulnérables...
- recherches-actions : mise en place de recherches-actions participatives, en collaboration avec les communautés pour identifier les besoins et ressources locales en santé mentale.
- Action politique : lutte contre la stigmatisation, actions auprès d'élus locaux pour la mise en place de ressources communautaires en santé mentale...

L'usager est expert de sa santé, de sa communauté, de ses difficultés. Les modalités d'intervention pérennes sont élaborées en collaboration avec les communautés. L'intervention du psychologue communautaire est fondée sur une relation de partenariat avec les individus.

La participation communautaire constitue avec « *l'empowerment* » et le modèle écologique un des piliers de la psychologie communautaire. La participation est une notion qui permet de rapprocher la pratique en psychologie communautaire au niveau individuelle et la pratique au niveau communautaire. Faire participer les individus à chaque étape de l'intervention communautaire : recherche-action, définition des objectifs, mise en place de l'action sur le terrain est une manière d'associer les individus et les populations au développement de leur communauté. Ce processus constitue une condition sine qua non de l'existence de la psychologie communautaire et de sa différentiation d'avec les autres disciplines de la psychologie, notamment d'avec la psychologie sociale et la psychologie clinique. Dans un second temps, la recherche de l'insertion des individus dans le tissu social communautaire et leur participation communautaire permet d'assurer la pérennité de l'intervention communautaire. C'est par la promotion de la participation que la psychologie communautaire a acquis sa réputation de "pratique citoyenne".

La psychologie communautaire porte donc sur les relations de l'individu à avec sa communauté et la société. La communauté de psychologues communautaire cherche alors à comprendre la qualité de vie des individus, des communautés et de la société. Leur but est d'améliorer la qualité de vie grâce à la recherche collaborative et l'action ou la recherche-action.

« *L'empowerment* » est le phénomène d'intérêt de la psychologie communautaire (Rappaport, 1987). L'accent est mis sur « *l'empowerment* » (ou promotion des compétences et des ressources) et non sur la réduction des risques ou des souffrances, propres à l'approche psychopathologique. En travaillant au plus près du lieu de vie des populations avec lesquelles ils travaillent (approche écologique, Bronfenbrenner, 1979), les psychologues communautaires agissent principalement pour le développement des pratiques de promotion de la santé mentale. La traduction française « communautaire » est ambiguë : caractérisant l'aspect topologique de l'action communautaire (in the community), elle est parfois confondue avec son sens sociologique (*communautarisme*).

« *L'approche écologique en promotion et en éducation pour la santé considère que la santé est le résultat dynamique des interactions entre les individus et leurs environnements* » (Green et collab., 2000). Cette assertion, si elle paraît aujourd'hui constituer un lieu commun, met cependant en valeur un des piliers historique de la psychologie communautaire : l'approche écologique de l'individu et de la prise en charge de sa santé mentale.

Les principes de base du **modèle écologique** se déclinent en trois postulats :

1. le développement individuel est le produit des interactions avec l'environnement.

2. l'individu et son environnement interagissent de manière continuelle, par un double processus bottom-up (l'individu agissant sur son environnement) et top-down (l'environnement produisant des effets sur l'individu). Cette interaction génère une adaptation mutuelle de l'individu et de son environnement.

3. le produit de cette adaptation est un équilibre, défini au niveau individuel par le bien-être.

Canada Health Consumer Index

The Canada Health Consumer Index 2008, publié par l'organisme manitobain Frontier Centre for Public Policy, en collaboration avec l'organisation Health Consumer Powerhouse, basée à Bruxelles en Belgique, est composé de 26 indicateurs dans cinq sous-zones 10 qui décrivent les 10 systèmes de santé provinciaux. L'objectif était de sélectionner les indicateurs pertinents et probants pour la description d'un système de soins de santé perçue du point de vue du consommateur-patient.

L'Indice utilisé est compilé à partir d'une combinaison de statistiques publiques et d'études indépendantes et adopte une position articulée autour de la notion de consommateur-patients.

Le Québec se situe dans une cohorte de 4 provinces en queue de peloton dont le Manitoba, la Saskatchewan et la Newfoundland puisqu'il existe que peu de différences selon leurs poids.

Le Québec présente les meilleurs résultats au pays pour ce qui est des temps d'attente pour des traitements. Les patients québécois ont ainsi un meilleur accès aux spécialistes et attendent moins longtemps pour le traitement du cancer.

Selon ce rapport, se système de santé québécois comporte des lacunes importante au niveau des soins primaires (*primary care - services de 1re ligne*) pour laquelle il détient la dernière place. Les fournisseurs de soins primaires sont habituellement le premier point de contact avec le système de soins de santé pour les consommateur-patients. En ce qui attrait à l'accès et au choix du médecin de famille, le Québec occupe la dernière place avec seulement 73,5 pour cent des résidents ayant un médecin de famille. L'Alberta, réussit à fournir un médecin de famille pour 81,6 pour cent de la population et se trouve juste devant le Québec.

Un issue favorable à long terme (*long term outcome*) est peut-être de la plus haute priorité autant pour les clients que les prestataires de soins de santé. Malheureusement, le Québec figure bon dernier en ce qui attrait aux soins préventifs, à la gestion des sérieuses infections, et la conformité aux normes de pratiques au sein des milieux hospitaliers.

État de l'apprentissage au canada

Vers un avenir axé sur l'apprentissage[vi]

Le rapport initial du *Conseil canadien sur l'apprentissage* (CCA), intitulé « *État de l'apprentissage au Canada : Pas le temps de s'illusionner* » (2007), a brossé le tableau de **l'apprentissage au Canada** afin de mesurer les progrès des Canadiens en matière **d'apprentissage tout au long de la vie**.

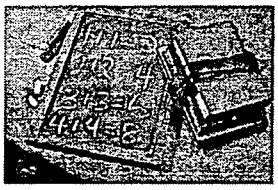
Grâce à une série d'indicateurs détaillés, le rapport *État de l'apprentissage au Canada* (2007) a examiné un grand nombre de facteurs qui favorisent l'apprentissage tout au long de la vie dans cinq grands domaines :

- l'apprentissage chez les jeunes enfants;

[vi] Conseil canadien sur l'apprentissage (2008). État de l'apprentissage au Canada : Vers un avenir axé sur l'apprentissage. Rapport sur l'apprentissage au Canada 2008. Ottawa, Canada.

- l'apprentissage à l'école;
- l'enseignement postsecondaire;
- l'apprentissage chez les adultes;
- l'apprentissage chez les Autochtones.

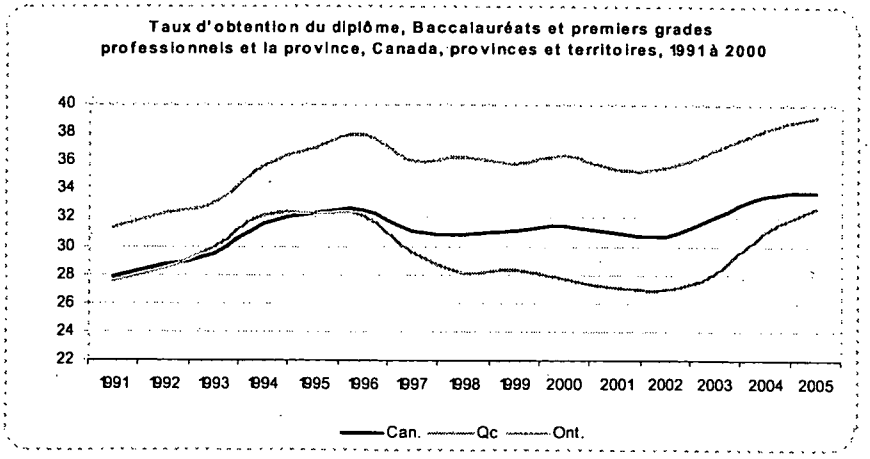
LE CHANGEMENT PARADIGMATIQUE



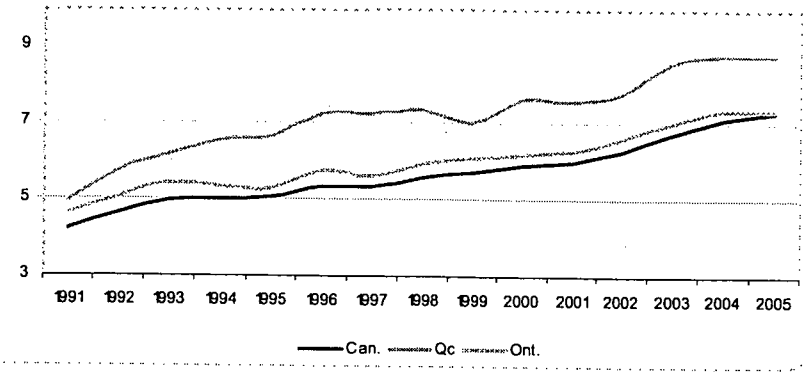
Rapport de 2008 « *État de l'apprentissage au Canada : Vers un avenir axé sur l'apprentissage* » publié par le *Conseil canadien sur l'apprentissage* (CCA) vise à montrer dans quelle mesure, les Canadiens, à titre d'apprenants, disposent des outils optimale afin de répondre aux besoins futur Ainsi, une multitude d'études montrent bien que l'apprentissage et la formation sont plus essentiels que jamais. Or, bon nombre d'entre eux n'acquièrent pas des compétences suffisantes pour réussir dans un environnement de plus en plus complexe au futur incertain. La **précarité socioéconomique** à des conséquences majeure sur les enfants, autant sur les plan du développement, de la santé, de l'éducation, de l'alimentation, et à la **participation sociale**.

Même si le Canada se classe au premier rang des pays de **l'OCDE**, avec la plus grande proportion d'adultes âgés de 25 à 64 ans (60 %) détenant un diplôme d'études collégiales, universitaires ou professionnelles, un quart (25%) des adultes canadiens ne possède qu'un diplôme d'études secondaires ou aucun diplôme. De plus, neuf millions de Canadiens âgés de 16 à 65 ans, ne possèdent pas le niveau de « **littératie** » considéré comme essentiel dans notre société et notre économie actuelle. Certaines projections récentes publiées par le CCA, estiment qu'au cours des prochaines décennies, la situation ne fera qu'empirer, le vieillissement de la population venant s'ajouter à la problématique. De nombreuses personnes et leur famille en subissent les conséquences : bas salaires, chômage, pauvreté et exclusion sociale. Les coûts **sociaux** et **économiques** sont élevés : perte de productivité, d'innovation et compétitivité, problèmes de santé, mauvaise qualité de vie et dépenses sociales à la hausse.

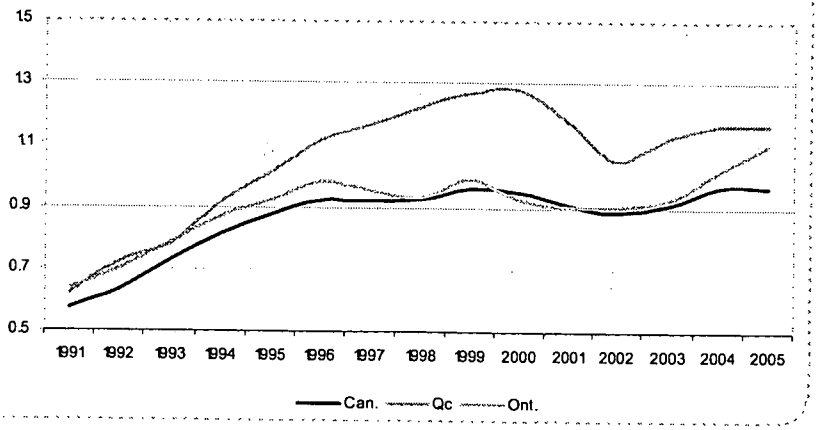
Cependant, les **frais de scolarité** ont augmenté en moyenne de 44 % durant la décennie qui a pris fin en 2006. La dette des étudiants universitaires a plus que doublé depuis 1990, représentant un **obstacle économique** supplémentaire aux études postsecondaires.



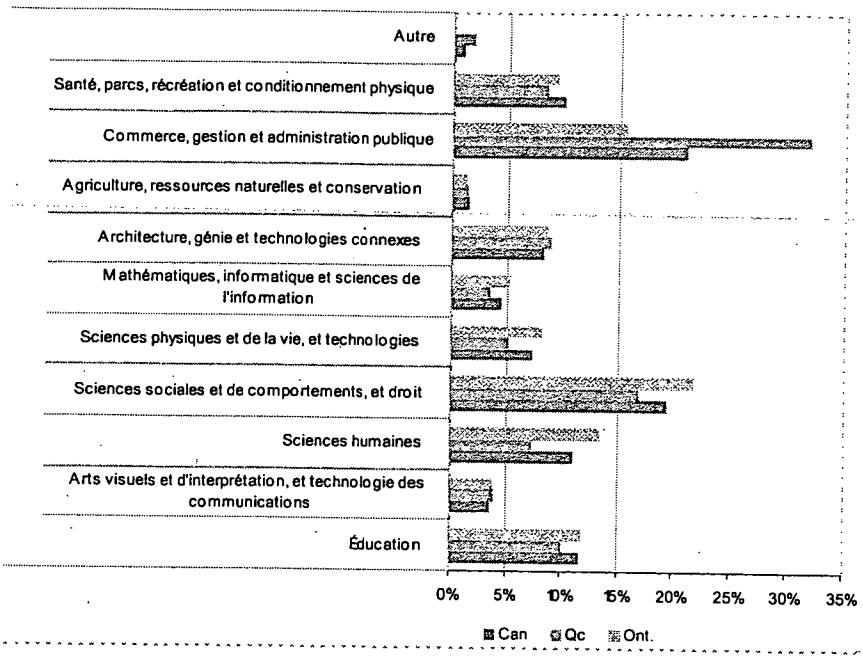
Taux d'obtention du diplôme, maîtrise et la province, Canada, provinces et territoires, 1991 à 2000



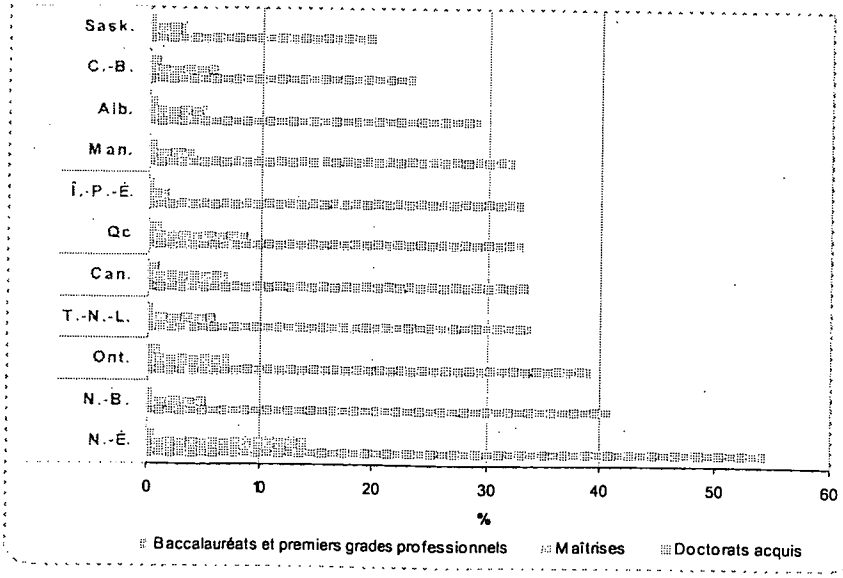
Taux d'obtention du diplôme, Doxtorats acquis et la province, Canada, provinces et territoires, 1991 à 2000

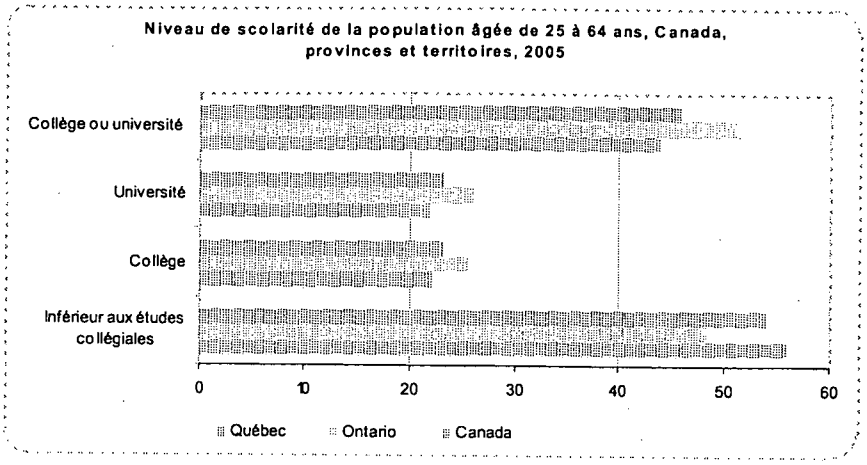


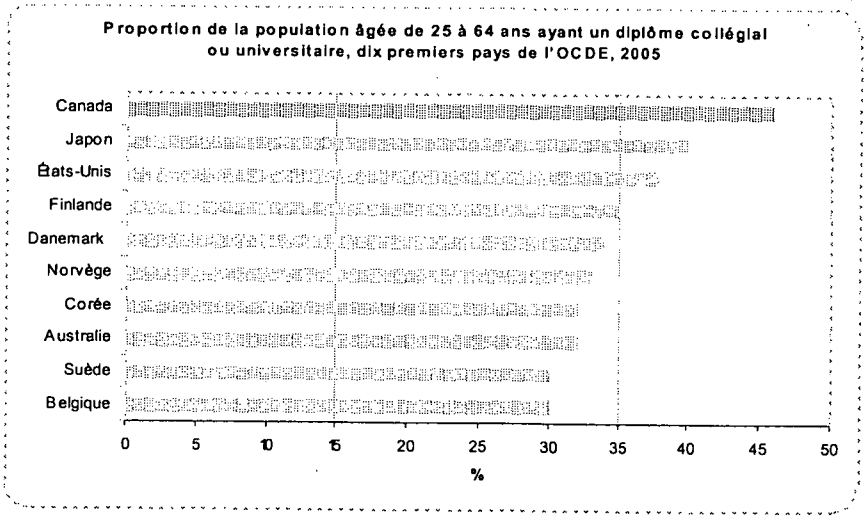
Nombre de grades/diplômes/certificats universitaires décernés, selon le sexe et le domaine d'études, Canada et provinces, 2005



Taux d'obtention d'un grade universitaire, selon le niveau du grade et la province d'études, Canada et provinces, 2005







L'apprentissage est essentiel à l'expérience humaine et façonne presque tous les aspects de la vie. **L'apprentissage** est au cœur même du potentiel humain. Il favorise la capacité de chacun à penser, à créer, à résoudre des problèmes ainsi qu'à visualiser et à mener la vie que nous souhaitons pour nous-mêmes et pour nos enfants. **L'apprentissage** est un processus qui commence dès la petite enfance et se poursuit à l'âge adulte.

Il existe une corrélation entre **l'apprentissage tout au long de la vie** et de vastes retombées économiques et non économiques. **L'apprentissage tout au long de la vie** a le potentiel de maximiser les talents et les compétences de la population et de contribuer ainsi à augmenter sa productivité, à améliorer sa santé et son espérance de vie et à renforcer son engagement communautaire et civique. De plus, l'**apprentissage** engendre **l'apprentissage**, ce qui multiplie les occasions pour une personne de réaliser ses aspirations et d'atteindre ses buts sociétaux.

Un marché mondial en évolution et des technologies en explosion ne font qu'augmenter la demande pour des travailleurs compétents détenant des capacités tant techniques que générales (résolution de problèmes, pensée critique, leadership, aptitude à communiquer et adaptabilité). Dans un tel contexte, la **formation** et l'**apprentissage** continus constituent les éléments clés de la croissance économique et du bien-être de la société.

Les pays qui savent reconnaître ce fait élaborent et mettent sur pied des **stratégies novatrices** pour multiplier et varier les **occasions d'apprentissage** offertes à leurs citoyens.

De plus, les employeurs sont à la recherche d'employés possédant un **éventail de capacités raffinées** allant **au-delà des compétences de base** exigées pour l'emploi. Ces **capacités** incluent entre autres l'intelligence émotionnelle, l'aptitude à la prise de décision et la résolution de problème, le travail en équipe et des liens interpersonnels efficaces, l'entrepreneuriat, le leadership, des connaissances en technologie de l'information et des communications (**TIC**), des habiletés à communiquer efficacement et le désir d'apprendre.

Cependant, certains signes annoncent **l'émergence de faiblesses systémiques** qui pourraient nuire à notre réussite continue. Bien que le Canada se classe au premier rang des pays de *l'organisation de coopération et de développement économiques* (OCDE) avec la plus grande proportion d'adultes âgés de 25 à 64 ans (60 %) détenant un diplôme d'études collégiales, universitaires ou professionnelles, un quart des adultes canadiens ne possède qu'un diplôme d'études secondaires ou aucun diplôme. Neuf millions d'adultes (42 %) âgés entre 16 et 65 ans n'ont pas les compétences de base jugées essentielles dans l'économie du savoir et la société actuelle.

Pour participer pleinement au marché du travail et contribuer au bien-être de sa communauté et de la société, une personne doit posséder une solide base de compétences essentielles, par exemple un niveau adéquat de **littératie** et de **numératie**. Cependant, **l'apprentissage** et **l'acquisition de connaissances** commencent bien avant la fréquentation obligatoire d'une école, soit très tôt dans l'enfance, alors que les capacités et la motivation sont modelées par la famille et **l'environnement d'apprentissage** offert par la communauté.

L'apprentissage durant les cinq premières années de notre vie influe grandement sur le bien-être dont nous jouirons plus tard et le nombre de nos réussites à l'école, au travail et dans la communauté, plus encore que l'apprentissage à n'importe quel autre stade de la vie. C'est la période durant laquelle les **jeunes apprenants** acquièrent des attitudes concernant l'importance et le but d'apprendre, les préparant pour l'apprentissage tout au long de leur vie, dans toutes les facettes de la vie. En conséquence, les investissements consacrés à **l'apprentissage** en bas âge engendrent les plus **grandes répercussions sociales et économiques**.

Toutefois, trop nombreux sont les Canadiens qui risquent de ne pas réaliser leur potentiel, créant ainsi des conditions qui favorisent un **« déficit d'apprentissage »** cumulatif et une qualité de vie destinée à diminuer dans les années à venir. Or, **l'apprentissage** peut apporter une plus grande **équité sociale**. Un pays constitué de citoyens informés et engagés est plus en mesure de s'attaquer aux enjeux décisifs actuels comme la **pauvreté** dans le monde, les questions environnementales et les conflits.

Toutefois, malgré l'importance reconnue de **l'apprentissage** pendant la petite enfance, des études montrent que 25 % des enfants canadiens qui commencent l'école, présentent des lacunes en matière des compétences de base essentielles qui leur permettent d'acquérir un niveau adéquat de **littératie** et de **numératie**. Ces recherches montrent également qu'un enfant sur quatre qui commence la première année présente des **difficultés d'apprentissage** ou des **troubles du comportement** qui peuvent influencer son succès futur à l'école.

Ce **manque de préparation à l'école** peut déclencher une réaction à la chaîne apte de durer toute la vie, pendant laquelle l'enfant qui est à plus grand risque d'éprouver des difficultés sociales et scolaires est aussi plus à risque de décrocher au secondaire, d'éprouver de la difficulté à trouver un emploi, être moins bien rémunéré et avoir une moins bonne santé. Ce parcours constitue une énorme perte de potentiel humain.

Bien que les caractéristiques des parents et de la famille jouent certes un rôle primordial dans le modelage des capacités et des comportements de l'enfant envers l'apprentissage, tous les milieux d'apprentissage auxquels il est exposé en bas âge, à la maison et dans la communauté, peuvent également influer fortement sur ses capacités d'apprentissage à long terme. Selon la recherche, un milieu stimulant et enrichissant favoriserait un meilleur développement du corps, des aptitudes sociales, des fonctions cognitives et du langage.

La qualité du **service de garde** peut donc influer sur le développement physique et moteur, social et émotionnel et linguistique et cognitif de l'enfant, chacun de ces aspects ouvrant la voie à l'apprentissage à l'âge scolaire. L'effet

cumulatif détermine dans quelle mesure ces jeunes deviendront des citoyens adultes à part entière capables de contribuer au mieux-être de leur famille, de la communauté et de la société.

Outre les établissements d'enseignements, la famille et le milieu familial jouent également un rôle clé dans un apprentissage réussi. Les enfants et les jeunes qui débutent sans ces bases solides que sont le milieu familial et une éducation structurée risquent d'éprouver plus de difficultés à accéder aux études postsecondaires ou au marché du travail et d'être moins bien préparés pour tirer parti des possibilités d'apprentissage qui se présenteront plus tard.

Trop souvent **l'apprentissage** et **l'éducation** sont considérés le domaine des jeunes, les occasions **d'apprentissage continues** sont toutefois d'une importance particulière pendant l'âge adulte. Il devient nécessaire d'offrir une gamme d'occasions d'apprentissage visant à répondre aux besoins des adultes à toutes les étapes de l'**acquisition des compétences**.

Les **carrefours critiques dans l'apprentissage**, où se croisent les âges et les étapes de la vie, sont tout aussi imprévisibles et non linéaires que la vie d'une personne. Ces transitions peuvent se produire dans tous les stades de la vie, surtout chez les jeunes en début de vie adulte. Des facteurs tels que le contexte familial, les réussites en apprentissage et la disponibilité des ressources (information, ressources financières) peuvent influencer le moment choisi par le jeune adulte pour prendre des décisions et sur la pertinence de celles-ci.

De la même façon, les **apprenants adultes**, souvent aux prises avec les exigences contradictoires du travail et de la famille, peuvent osciller entre le marché du travail et l'éducation et la formation. Eux aussi ont besoin d'un système souple qui répond à leurs besoins en tenant compte des répercussions de divers événements (naissance d'un enfant, perte d'un emploi, divorce) sur leur capacité à poursuivre leur apprentissage. **L'intégration des besoins d'apprentissage** d'une personne **tout au long de sa vie** exige que les occasions d'apprentissage se présentent dans tous les aspects de la vie, à l'école, au travail, dans la communauté et à la maison.

L'évolution technologique rapide, les pressions croissantes liées à la concurrence et les nouveaux systèmes de travail exigent chez les travailleurs un ensemble de compétences polyvalentes mieux développées comme la résolution de problèmes, la communication, la prise de décisions, le travail d'équipe, le leadership, l'entrepreneuriat et l'adaptabilité. L'acquisition de ces compétences requiert l'adoption d'une nouvelle perspective de **l'apprentissage** qui aille plus loin que **l'apprentissage structuré**.

Avec la **pénurie imminente de travailleurs compétents et expérimentés** découlant du départ à la retraite des baby-boomers et du nombre décroissant de jeunes qui entrent sur le marché du travail, **l'apprentissage** et la **formation** sont plus **cruciaux** que jamais. L'accroissement de la population active au Canada devrait être inférieur à 5 % pendant les cinq prochaines décennies.

L'accroissement de la productivité et des avantages concurrentiels du Canada sur la scène internationale passe avant tout par le renforcement des compétences et de l'éducation. Six adultes sur 10 âgés de 25 à 64 ans ont complété des études postsecondaires sous une forme ou une autre, selon les données du Recensement du Canada 2006 Près de 66 % des nouveaux emplois créés pendant la prochaine décennie exigeront un diplôme d'études postsecondaires. Seuls 6 % de ces emplois seront accessibles aux personnes n'ayant pas terminé leur secondaire. De plus, de nombreuses études démontrent les avantages socio-économiques de poursuivre ses études. **L'apprentissage continu** influe sur la rémunération, la satisfaction au travail, la participation sur le plan politique, la santé et le bien-être.

La recherche révèle que **l'apprentissage informel** contribue considérablement à la réussite plus tard dans la vie. Le milieu familial, le marché du travail, les organisations communautaires (religieuses et culturelles) sont des milieux clés pour favoriser l'acquisition de nouvelles compétences et le renforcement des fondations solides établies pendant les années consacrées aux études. Préparer les enfants et les jeunes à la vie adulte exige une **stratégie**

d'apprentissage efficace qui cible tout autant les occasions **d'apprentissage informel** offertes dans ces milieux que les études dans des établissements scolaires.

Dans le contexte de **l'apprentissage tout au long de la vie**, les jeunes adultes choisiraient de faire des études postsecondaires en raison d'un bon nombre de facteurs : une expérience positive de leur fréquentation obligatoire de l'école, le revenu familial, une connaissance des études postsecondaires, un niveau adéquat de **littératie**, leur sexe, leur origine ethnique, de l'expérience sur le marché de travail et la participation à des activités communautaires.

La recherche menée sur chaque stade de l'existence révèle que **l'apprentissage engendre l'apprentissage**. Plus importantes encore que les avantages économiques et personnels sont les contributions sociales. Les adultes sont des modèles qui exercent une grande influence, comme apprenants et citoyens engagés, sur leurs enfants, leurs collègues de travail et leur communauté. Par conséquent, l'apprentissage à l'âge adulte contribue à augmenter le capital social et à favoriser une cohésion sociale.

Toutefois, des signes tendent à montrer que d'importantes faiblesses émergentes et systémiques menacent notre réussite continue. Le bref aperçu suivant de **l'apprentissage tout au long de la vie** au Canada laisse entendre qu'il y a beaucoup à faire :

- En 2004-2005, 51 % des enfants de moins de six ans étaient confiés à des services de garde hors du milieu familial, alors que 49 % étaient sous la garde de leurs parents. La proportion des enfants confiés à des services de garde hors du milieu familial a régressé de 2002-2003 à 2004-2005, passant de 54 à 51 % ;

- Le nombre de jeunes (âgés de 16 à 25 ans) qui présentent des compétences élevées en **littératie** devrait diminuer au cours de la prochaine décennie. Une étude récente indique que déjà, le niveau de **littératie** des jeunes Canadiens est moins élevé que celui qu'affichaient les jeunes du même âge il y a 10 ans ;

- Les projections démographiques montrent que le groupe d'âge qui fréquente traditionnellement les établissements d'enseignement postsecondaire (EP), soit les 18 à 24 ans, atteindra un sommet en 2013, pour ensuite décliner au cours des deux décennies qui suivront ;

- Une étude sur le maintien et la diminution des effectifs étudiants menée par la *Fondation canadienne des bourses d'études du millénaire* a d'ailleurs révélé que de 20 à 25 % des étudiants inscrits en première année n'entameront pas la deuxième année de leur programme, et qu'une autre tranche de 20 à 30 % abandonneront leurs études postsecondaires au cours des années suivantes ;

- Plus de quatre adultes sur 10 n'ont pas les compétences en lecture et en écriture nécessaires pour réussir dans une économie mondiale compétitive. Le nombre d'aînés présentant un faible niveau de littératie augmentera de façon spectaculaire, passant de 3,3 millions en 2006 à 6,2 millions d'ici 2031 ;

- À l'échelle internationale, le Canada accuse un retard en matière de formation financée par l'employeur. Les entreprises de pays comparables au Canada tels que la Norvège et la Suisse sont plus susceptibles d'offrir de la formation à leurs employés (57 et 54 % respectivement) que celles du Canada (45,5 %).

Dans ce contexte : Comme l'observaient les ministres de l'Éducation des pays de **l'OCDE** en 1996, une **perspective globale de l'apprentissage tout au long de la vie** devrait couvrir quatre principales caractéristiques :

1. une vision systémique : toutes les formes d'apprentissage sont interreliées et couvrent le cycle de vie tout entier;

2. a place centrale de l'apprenant : il faut répondre aux besoins des apprenants, plutôt qu'axer les efforts sur l'offre;

3. la motivation à apprendre : elle est une base essentielle de l'apprentissage tout au long de la vie;

4. les objectifs multiples de la politique d'éducation, liés notamment à l'épanouissement personnel, au perfectionnement des connaissances et aux objectifs économiques, sociaux et culturels, tous susceptibles d'évoluer au cours de la vie.

VERS UN AVENIR AXÉ SUR L'APPRENTISSAGE AU CANADA : L'APPRENTISSAGE TOUT AU LONG DE LA VIE

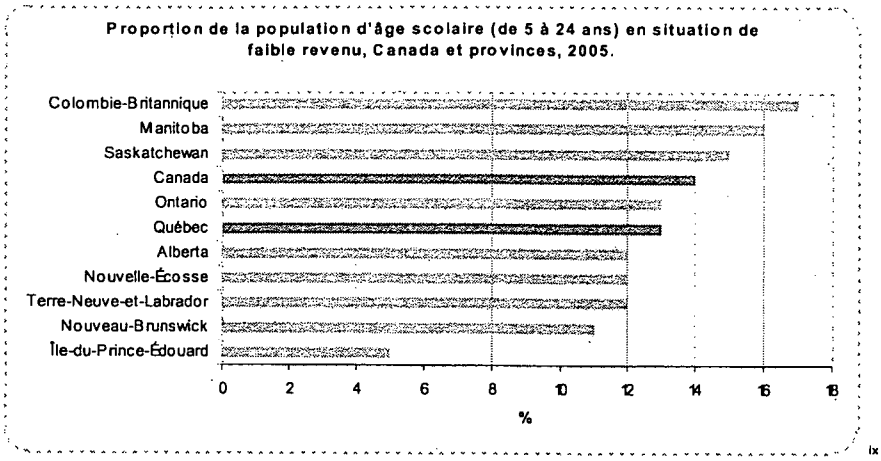
Il existe une corrélation entre **l'apprentissage tout au long de la vie** et de vastes retombées économiques et non économiques, comme une productivité accrue, une amélioration de la santé, une espérance de vie plus longue et un engagement communautaire et civique plus marqué. En ce qui concerne l'individu, **l'apprentissage tout au long de la vie** met l'accent sur la créativité, l'initiative et la réactivité, caractéristiques qui contribuent à un plus grand épanouissement personnel, ouvrent de meilleures perspectives d'emploi et de rémunération et favorisent l'innovation et la productivité. Cet apprentissage favorise l'employabilité, la participation active à la vie civique et la cohésion sociale.

Nous ne pouvons plus nous permettre de considérer l'objectif de l'éducation et de l'apprentissage comme étant d'abord et avant tout l'étape de préparation des jeunes au marché du travail, ni nous borner à compartimenter les stades de l'existence sans tenir compte des carrefours critiques reliant les âges et les étapes de la vie. Si nous persistons à considérer l'apprentissage comme un projet limité dans le temps, plutôt que comme un processus continuel et personnalisé, nous risquons de compromettre le bien-être social et économique des citoyens.

Il est impératif d'opter pour une approche axée sur l'ensemble de l'existence, qui prenne en compte les besoins d'apprentissage des personnes tout au long de leur vie. Pour bâtir une société qui permette à ses membres de contribuer à son bien-être tout en réalisant pleinement leur potentiel, il nous faut voir l'apprentissage comme un processus qui s'étale tout au long de la vie, de la petite enfance à l'âge adulte.

La création d'une société composée de citoyens qui **apprennent tout au long de leur vie** incombe à la fois aux individus et à la société dans son ensemble. Une **société de l'apprentissage** constitue un bien tant privé que public. La réussite dépend en grande partie du degré de participation active de la société, de ce que cette dernière exige de tous ses membres en matière de compétences et de connaissances et de la mesure où elle favorise l'utilisation de ces compétences et encourage les citoyens à penser, à agir et à participer.

La **réussite** ou l'**échec** à un stade précis de l'existence peut influer sur les stades subséquents et avoir des répercussions tout au long de la vie. Le Canada ne s'est toujours pas doté d'un système d'apprentissage tout au long de la vie ni d'une feuille de route pour traduire le discours qu'il tient sur l'apprentissage tout au long de la vie en une vision cohérente qui déboucherait sur un plan d'action. Pour assurer sa prospérité, le Canada doit renforcer son secteur de l'éducation et offrir un grand nombre d'occasions d'apprentissage complémentaires qui répondent aux besoins de ses citoyens, quels que soient leur niveau de scolarité, leur âge, leur statut socio-économique ou leurs compétences.



[ix]

APPRENTISSAGE CHEZ LES JEUNES ENFANTS

Pour comprendre **l'état de l'apprentissage** chez les jeunes enfants du Canada, il faut examiner les quatre principales facettes du développement :

1. le développement physique ;
2. le développement cognitif ;
3. le langage et la communication ;
4. et le développement affectif et social.

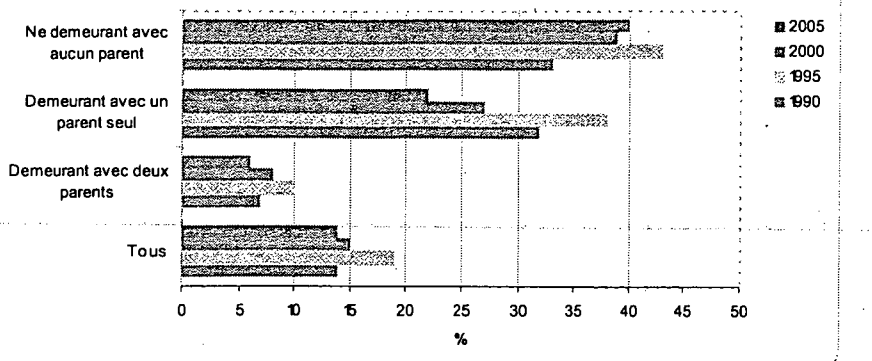
L'évaluation des habiletés motrices, du vocabulaire, de la maîtrise des émotions et de l'interaction sociale, entre autres, nous aide à déterminer comment les enfants canadiens se développent et évoluent. Il importe également de cerner les facteurs environnementaux qui ont une incidence sur l'apprentissage des jeunes enfants. Les évaluations les plus efficaces sont celles qui, étant effectuées à intervalles réguliers, permettent de dégager des tendances.

Les **indicateurs clés de l'apprentissage** chez les jeunes enfants :

- poids à la naissance
- développement physique
- développement cognitif
- acquisition du langage et de compétences en
- communication
    - vocabulaire réceptif
    - compétences en communication

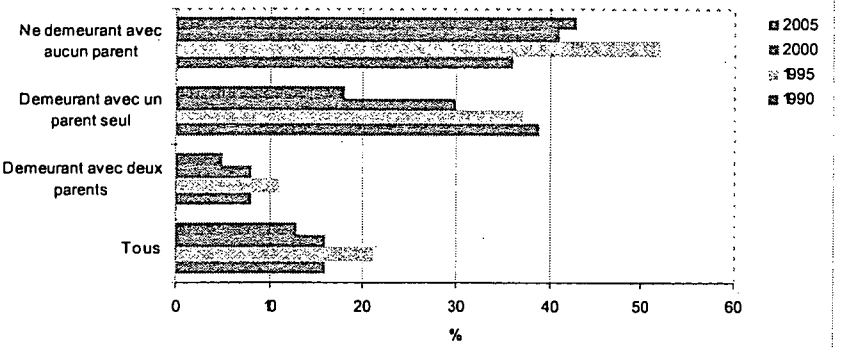
[ix] Statistique Canada et Conseil des ministres de l'Éducation (Canada), 2007. Indicateurs de l'éducation au Canada : Rapport du Programme d'indicateurs pancanadiens de l'éducation. N° 81-582-XIF au catalogue. Ottawa

Proportion de la population d'âge scolaire de 5 à 24 ans en situation de faible revenu, Canada, Provinces, 1990, 1995, 2000 et 2005



[vii]

Proportion de la population d'âge scolaire de 5 à 24 ans en situation de faible revenu, Québec, 1990, 1995, 2000 et 2005



[viii]

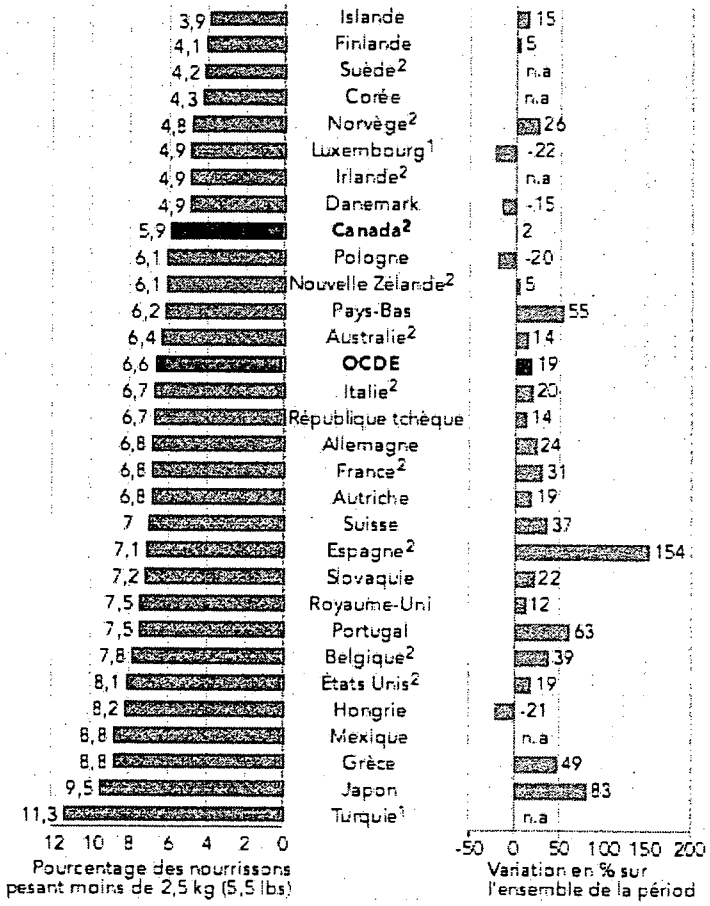
[vii] Statistique Canada et Conseil des ministres de l'Éducation (Canada), 2007. Indicateurs de l'éducation au Canada : Rapport du Programme d'indicateurs pancanadiens de l'éducation. N° 81-582-XIF au catalogue. Ottawa.

[viii] Statistique Canada et Conseil des ministres de l'Éducation (Canada), 2007. Indicateurs de l'éducation au Canada : Rapport du Programme d'indicateurs pancanadiens de l'éducation. N° 81-582-XIF au catalogue. Ottawa

- lecture quotidienne aux enfants

- développement affectif et social
  - agressivité physique
  - agressivité indirecte
  - compétences personnelles et sociales
- éducation et soins de la petite enfance

POIDS À LA NAISSANCE



Le lien entre **faible poids** à la naissance et **risques de retard dans le développement et l'apprentissage** est bien établi. Les bébés qui pèsent moins de 2,5 kg (5,5 lbs) à la naissance risquent davantage d'être de santé médiocre dans la petite enfance ou plus tard[x].

[x] Bébés ayant un faible poids à la naissance, 2005, et la variation de la proportion de bébés ayant un faible poids à la naissance, 1980 à 2005. Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). « Panorama de la santé », Paris, 2007.

DEVELOPPEMENT PHYSIQUE

Le développement physique à la petite enfance comprend le développement du corps et des sens, ainsi que le développement moteur, qui influent sur l'exploration, le jeu et l'interaction avec les pairs qui, en retour, ont une incidence sur le développement cognitif et social et l'acquisition du langage.

	2002-2003		2004-2005	
	4 et 5 ans		De 0 à 5 ans	
	Dans la moyenne ou au-dessus	En retard	Dans la moyenne ou au-dessus	En retard
Garçons	85,6 %	14,4 %	84,6 %	15,4 %
Filles	91,1 %	8,9 %	88,8 %	11,2 %
Tous sexes confondus	88,3 %	11,7 %	86,7 %	13,3 %

4 Comparaison des habiletés motrices fines chez les enfants âgés de cinq ans et moins, en 2002-2003 et en 2004-2005.

DES OBSERVATIONS

De l'environnement et du contexte social

De la dégradation du tissu social et de l'échec d'une social démocratie

QU'EST-CE QUE LE TISSU SOCIAL

C'est l'assemblage d'un ensemble entrelacé d'éléments hétérogènes formant une structure homogène. Il existe ainsi un **lien social global** qui attache chaque individu et sous-système (institutions, organismes public et communautaire) au **système global** (lien organique selon Durkheim) et un **lien social local** qui attache chaque individu au **sous-système local** (lien mécanique selon Durkheim: famille, voisinage, association, communauté de pensée,...).

Mais il existe des **processus collectifs d'exclusion** émanant des **dysfonctionnements** de la **cohésion sociale**. Ces processus sont des phénomènes de **rupture** ou de **relâchement** du **lien social global** ou du **lien social local**. Ils s'appliquent à des individus, des groupes ou des sociétés. L'ensemble des **ruptures** des liens sociaux formes des **« no man's land »** et peut être définit par un ensemble de caractéristiques **spatial** (arrondissement pauvre) et **situationnelle** (précarité résidentielle, nomadisme, chômage, famille monoparentale, violence conjugale, ...). La **cohésion du tissu sociale** repose sur des mécanismes de **solidarité sociale** ou de **structuration des liens sociaux** (code d'étiques, régulation des dynamiques relationnelles).

DE LA THÉORIE DE LA RÉGULATION SOCIALE

La théorie de la régulation sociale est une théorie développée par le sociologue français Jean-Daniel Reynaud depuis les années 1970. Elle met la négociation et les règles au centre des rapports sociaux. Un des principaux objectifs de la théorie de la régulation sociale, est d'essayer de comprendre comment les règles pouvant permettre à un groupe

social de se structurer et d'élaborer une action collective. C'est-à-dire qu'il faut analyser par quels moyens les règles sont créées, maintenues, détruites et transformées, dans une durée donnée. Ainsi, portées par le système social auquel elles s'appliquent, elles vont subir des « mutations », des remaniements, des combinaisons nouvelles, et se propager d'un groupe social à l'autre, à travers le jeu complexe de l'activité de régulation. Et comme ces règles représentent le droit, on peut donc dire que le droit est un outil de régulation social. C'est-à-dire qu'il fixe des règles à la société afin qu'elle reste stable.

Le problème de la régulation sociale, à savoir la manière dont les règles sont élaborées, appliquées et contrôlées, se pose dans toute organisation, et soumis à des mutations contextuelle et environnementales rapides et complexe. L'objet de la régulation sociale est de permettre au système de trouver un équilibre, en tenant compte des intérêts souvent contradictoires des acteurs qui le composent. La régulation sociale s'effectue aujourd'hui souvent avec un canal représentatif faible et contourné, au détriment du dialogue social.

A travers le processus de socialisation, les individus intériorisent les valeurs et les normes ou règles de comportement en société en général. Les valeurs guident l'action des individus en leur fixant des buts ou des idéaux ou des objectifs, souvent théoriques. Le contrôle social : c'est maintenir la règle (les règles en général) et à lutter contre la déviance (selon Merton), que ce soit par les moyens des institutions ou par la pression qu'exercent les sanctions. Cela correspond donc à un processus de régulation des activités sociales. Il faut que les actions déviantes ne viennent pas désorganiser l'ordre social.

Le contrôle social informel et formel :

- Le contrôle social informel s'exerce de manière continue au cours des interactions sociales de la vie quotidienne et a un caractère non institutionnel. Chaque individu contribue à réguler les comportements sociaux. Les sanctions, c'est-à-dire les récompenses positives accordées pour conformité aux normes ou inversement les peines imposées à ceux qui les transgressent, peuvent prendre la forme d'approbations ou de désapprobations ;

- Le contrôle social formel est le processus par lequel les groupes sociaux et des institutions spécifiques, (justice, police, église,...) régulent les activités sociales afin d'assurer le maintien des règles et de prévenir les comportements déviants. Les sanctions correspondantes sont de nature diverses : sanctions morales (blâme), religieuse (pénitence), sanctions juridiques (dommages et intérêts, peines de prison dans les cas les plus graves).

Par contre la régulation sociale est l'ensemble des règles qui assurent un certain mode de fonctionnement de l'activité sociale. La régulation peut concerner la société globale ou une partie. Elle est le résultat d'une construction sociale : en confrontant leurs points de vue, les acteurs élaborent des règles du jeu, exemple : travail, monde professionnel, communautés, associations,... :

- règles légales : droit du travail, règlement, règles ;

- usages (plus ou moins institués), pause, demi journée, téléphone,... ;

- situations difficiles (conflits, manifestations, licenciement, revendications).

En se définissant une structure de médiation d'arrondissement, l'objectif est de construire un lieu autonome de régulation des conflits. C'est à dire amener les parties en conflit à saisir au préalable les structures de médiation avant d'engager une action judiciaire ou administratives.

A partir de cette approche de la résolution des conflits, on comprend que l'objectif de la médiation sociale n'est pas simplement de régler des litiges mais de créer de véritables lieux de socialisation dans les quartiers. Les structures de médiation n'ont pas pour objet de rendre la justice, mais d'insuffler du social, de susciter des actions visant à recomposer des formes de sociabilité à partir de la régulation de ces litiges, ce qui explique que les médiateurs doivent être des habitants du quartier.

DE LA MÉDIATION SOCIALE OU SOCIO-ÉCONOMIQUE : INNOVATION SOCIALE OU NOUVEAU MODE DE RÉGULATION ? VERS DES ESPACES TIERS DE SOCIALISATION

La régulation de la dynamique relationnelle entre citoyens prend donc une toute nouvelle dimension en considération de la **« violence psychologique et morale »**. En outre, des conflits non où mal gérés constituent un terreau fertile à l'émergence de la **« violence psychologique et morale »**. Comme dits Perls, le conflit entre dominant et dominé est pour le manipulateur est une lutte constante, qui mène à la perte de l'estime de soi et qui marque la fin des relations harmonieuses et féconde. Dans un contexte de conflit, la jouissance de l'agresseur est de pointer la faiblesse de sa victime ou à déclencher une attitude agressive qui la conduira à se désavouer. Il utilise un processus qui pousse la victime à ne pas être fier de soi. A partir d'agissements réguliers, l'entourage lui met une étiquette de caractériel : c'est comme ça que la cible complètement dépouillée de sa personnalité, essaie de se justifier comme si elle était réellement coupable. Dans son processus de l'agresseur prend doublement plaisir : en dupant ou en humiliant sa cible et ensuite en rappelant devant la victime son humiliation. Pendant que la victime s'enlise, l'agresseur tire profit de la situation pour se présenter comme étant la réelle victime.

Tous les pervers, qu'ils soient sexuels ou narcissiques, cherchent à entraîner les autres dans leur registre puis à les amener à pervertir les règles. Leur force de destruction tient beaucoup à la propagande qu'ils font pour démontrer à l'entourage à quel point l'agressé est « mauvais », qu'il est donc normal de s'en prendre à lui. Parfois, ils réussissent, et se créent des alliés qu'ils entraînent hors de leurs limites par un discours de dérision et de mépris des valeurs morales. » La violence **psychologique et morale** est une rupture du contrat implicite de loyauté et de confiance réciproque.

La médiation sociale permet de rechercher et de négocier soi-même des solutions satisfaisantes, respectant les intérêts de chacun, et propose une alternative originale pour résoudre les conflits ou difficultés. Une tierce personne impartiale et indépendante, appelée **« Le Médiateur »**, peut aider au cours d'entretiens, à renouer le dialogue et de s'exprimer sur un lieu ou la communication n'est pas pervertie. La médiation favorise le rapprochement entre les protagonistes et permet de débloquer des situations souvent tendues. La médiation permet une issue positive aux difficultés. L'aide d'un tiers neutre qu'est le médiateur, permet aux parties de trouver des solutions aux conflits qui les opposent et de restaurer durablement leurs liens. on ne peut ignorer que les écoles, au même titre que les structures familiales et de quartier, ont toujours constitué des lieux de socialisation. Or, actuellement, elles ne sont plus à même de jouer ce rôle : l'introduction de processus de médiation au sein du tissu social semble opportune et approprié. Il serait illusoire de croire que la crise du système scolaire ne serait liée qu'à de simples problèmes de dysfonctionnement ou encore à un archaïsme des programmes ou des méthodes pédagogiques. Elle n'est qu'une des facettes de cette crise généralisée de nos systèmes de régulation sociale qui touche l'ensemble des secteurs de la vie sociale. Le médiateur est la tierce personne (jeune ou adulte) qui aide les participants à communiquer et trouver leur propre solution au conflit qui les oppose.

Ainsi, la médiation fait donc intervenir un tiers, **« le médiateur »**, dans le règlement d'un litige opposant plusieurs personnes. Lors de conflits éventuels, les médiateurs favorisent le dialogue entre les parties, soutiennent des activités d'écoute et de prise de parole, font connaître aux uns et aux autres leurs droits et responsabilités, orientent les personnes vers les ressources spécialisées et, au besoin, proposent des animations.

Les mouvements de médiation sont porteurs d'un nouveau modèle de régulation des conflits, plus consensuel, faisant appel aux techniques de communication et de négociation. Cette implication vise non seulement à répondre aux problèmes immédiats auxquels sont confrontés les institutions comme la violence psychologique et morale, lle sabotage, e vandalisme, l'absentéisme... mais répond également à une vocation pédagogique à travers la transmission d'un nouveau mode de règlement des litiges : la médiation.

La médiation sociale propose la création d'un espace et la mobilisation d'un temps de réflexion permettant aux protagonistes de sortir du dilemme victime/agresseur pour se positionner dans le conflit et devenir acteur de sa résolution. Elle propose également la création d'un espace de concertation entre professionnels afin d'assurer une cohérence dans les interventions.

La médiation directe est particulièrement adaptée pour la résolution de conflits opposant les parties qui sont en relations continues comme les conflits et il convient de privilégier une approche négociée de résolution des conflits afin de favoriser la reconstruction de leurs relations futures en partant de leurs besoins et non de normes abstraites. Les rencontres directes permettent d'établir ou de rétablir une communication qui n'existait plus entre les parties. Elles donnent à chaque partie l'opportunité d'exprimer son point de vue, ses sentiments, sa perception du problème.

Les médiations se terminant par l'adoption de "règles de comportement" sont assez représentatives du projet de médiation sociale. La nature de ces règles peut être multiple, cela peut aller de "l'acceptation de vivre en paix, de l'engagement d'éviter certains lieux, la présentation d'excuses, l'absence de contact entre les parties. L'analyse du contenu des accords de médiation fait particulièrement bien ressortir la spécificité de ce mode de résolution des conflits car le processus de négociation entre les parties les aide à surmonter les blocages psychologiques, à trouver des solutions qui peuvent être de nature symbolique comme les excuses, un don destiné à une association humanitaire ou encore l'édiction de règles de comportement ou l'"attribution d'indemnités" qui représentent une part importante des accords conclus.

Les médiations indirectes, comme leur nom l'indique, n'impliquent pas la rencontre des parties et la résolution du litige peut être obtenue par d'autres moyens allant des rencontres séparées, aux échanges par écrit ou téléphoniques. Le processus de médiation se caractérise surtout par sa flexibilité, accordant une plus grande importance au fond, c'est à dire la résolution du conflit, qu'au respect d'un formalisme qui peut dans certains cas représenter un obstacle à la recherche d'un accord. Le choix intervient le plus souvent lors des entretiens préliminaires, lorsqu'ils ressentent que l'une des parties est réticente à rencontrer l'autre ou que le face à face, en raison de la violence de l'une d'elles, risque plus d'envenimer le conflit que de le résoudre.

La médiation sociale, la médiation locale et la médiation scolaire s'inscrivent dans une perspective préventive et de gestion des facteurs humains :

- Médiation locale : élargissement à l'ensemble des conflits interpersonnels.
- Médiation sociale : développement du partenariat, participation à l'élaboration du diagnostic local de sécurité.
- Médiation scolaire : développement de l'animation collective au sein des écoles.

La médiation locale permet d'éviter que des conflits interpersonnels, sortant du champ judiciaire et/ou pour lesquels **« l'offre judiciaire »** est considérée comme une réponse moins appropriée, ne dégénèrent ».

La médiation scolaire fournit un axe de médiation sociale et d'accompagnement visant « à rétablir une cohabitation harmonieuse, en promouvant l'intégration de groupes cibles, les jeunes en décrochage scolaire, la population des quartiers fragilisés et la population en situation de conflit interpersonnel ». En effet, l'institution scolaire présente un déficit grave de régulation sociale car les formes traditionnelles d'autorité fondées sur l'opposition des parties et le prononcé d'une sanction ne sont plus adaptées. Développée la médiation dans le milieu scolaire et universitaire ne doit pas nous faire oublier que cette institution est en crise et qu'elle connaît de plus en plus de difficultés pour réguler les conflits qui éclatent en son sein ou dans son environnement direct. Seul l'apprentissage de la médiation par les jeunes générations permettrait une meilleure diffusion de ce mode de règlement des litiges et contribuerait à l'amélioration des relations sociales et permettrait de contré la dégradation du tissu sociale.

Ainsi un programme de résolution créative des conflits a été mis en place en 1985 à Brooklyn. Ce programme, financé par des écoles publiques de New-York et une organisation indépendante, "Educateurs à la responsabilité sociale en métropole", a instauré un mode non-violent de résolution des conflits dans le milieu scolaire : la médiation "par les pairs". Il s'agit d'une médiation menée par les élèves eux-mêmes auprès d'autres élèves.

La résolution des conflits dans le contexte de médiation devrait incluse aux cursus scolaires ; des enseignants devraient recevoir une formation à cet effet.

« AGRESSIVENESS » OU DE L'AGRESSIVITÉ ET LA VIOLENCE

Pour avancer dans la position du problème de régulation sociale et du contrôle social, nous avons clarifié les termes de la situation en différenciant violence, agressivité, incivilité (Floro, 1996).

L'agressivité est un potentiel individuel, la violence une réponse destructrice, l'incivilité un signal ou un message. **L'agressivité** ne peut, en aucun cas, être un objet de sanction de la part de l'enseignant. Elle fait partie intégrante de « l'élève/individu ». Elle représente un niveau d'énergie qui lui permet d'affronter les problèmes rencontrés. Ils revêtent un caractère indispensable pour qu'il progresse, apprenne, se développe. Le mot « **agressivité** » trouve son origine dans le latin ad-gradior, « marcher vers », « affronter ». Il mesure pour un individu, sa capacité d'affrontement d'un obstacle qui contribue aussi à l'élever et à le grandir.

L'incivilité décrit une ensemble d'actions qui échappent à une catégorisation en termes de légalité et renvoient à des usages et à des normes. La **civilité** concerne les attitudes, les comportements implicites qui permettent de faire vivre les individus entre eux. En permettant une ambiance sereine, la **civilité** est une condition indispensable aux situations d'apprentissage car elle est la marque du respect entre les êtres tout en économisant, pour chaque action, un rappel incessant aux règles et aux procédures de sanction.

DE LA PAUVRETÉ ET LE PHÉNOMÈNE D'EXCLUSION SOCIÉTALE

La pauvreté touche de plus en plus durement les nouveaux arrivants et les personnes immigrantes alors que celles-ci décident, dans une très large majorité, de s'établir dans la région de Montréal. Les personnes pauvres restent dans une situation de précarité financière importante plus longtemps qu'auparavant. Les écarts entre les riches et les pauvres creusent un abysse difficile à surmonter. Une chute, et c'est presque la pauvreté irrémédiable.

La pauvreté touche durement certaines catégories de citoyens et citoyennes et notamment les immigrants, les femmes-chefs d'une famille monoparentale, les personnes vivant seules et les personnes âgées, les personnes vivant un trouble d'apprentissage ou neurologique, les personnes vivant un handicap, etc. La généralisation du travail atypique et la disparition progressive du modèle de l'État-providence restreignent la portée des solidarités au sein de la société et doivent être compensées par des actions individuelles. Confrontés aux conditions de travail de plus en plus difficile et n'ayant qu'une confiance chancelante en un avenir incertain, les jeunes évoluent en effet dans une société plus complexe et moins prometteuse; l'ampleur de la dette publique et l'individualisation des coûts sociaux freinent les perspectives de croissance.

La persistance de la pauvreté, son accroissement, démontre bien que les politiques sociales établis jusqu'à maintenant sont inefficaces, futile et rudimentaire. Puisque Emploi-Québec repose son expertise sur le mouvement communautaire, j'estime que cette dernière constitue une forme de « tutelle » du mouvement communautaire en matière d'employabilité. Également, puisque le réseau communautaire détiendrait l'expertise en cette matière, pourquoi Emploi-Québec prétendra détenir une expertise en matière d'employabilité alors que c'est une entité nouvelle et qui semble atteint d'incurie? De qui a-t-elle reçu ses enseignements? Son personnel est-il suffisamment formé afin de faire face aux problématiques complexes de notre société? Alors que l'emploi n'est plus garant d'inclusion sociale et économique, que somme-nous donc devenu.

La santé économique ne semble pas avoir eu un impact positif sur la persistance de la pauvreté chez les personnes très défavorisées. Il est possible que les programmes sociaux sous financés et rudimentaires, notamment dans l'aide sociale et la lutte contre l'exclusion ainsi que dans l'aide aux personnes ayant un trouble neurologique ou d'apprentissages, rendent plus difficiles l'intégration au marché du travail et l'intégration sociale de ces personnes.

Selon Forum régional sur le développement social de l'île de Montréal – Rapport sur la pauvreté à Montréal (2004), entre 1996 et 2003, le niveau de « **défavorisation** » des personnes assistées sociales s'est sérieusement aggravées. Les transferts gouvernementaux — surtout l'aide sociale, les pensions de vieillesse et l'assurance-emploi — constituent une part importante des revenus des individus qui se situent sous le seuil de faible revenu. La

fourniture de services gouvernementaux – surtout l'aide sociale, constitue une part importante d'accès a des services permettant le changement personnel, l'amélioration du profil d'employabilité, le maintien de la santé, etc.

La baisse de prestataire a-t-elle pour effet de favoriser l'itinérance, le nomadisme, la précarité résidentielle, etc. Le moindre choc sur l'aide sociale, et on perd son logement. Des choix entre la nourriture et les médicaments, ou l'éducation sont les lots quotidiens des personnes vivant sous le seul de la pauvreté. De plus, les difficultés financières ne sont pas les seules rencontrées par les Montréalaises défavorisées. Les conséquences de la pauvreté chez les femmes monoparentales, se situent souvent au plan social et psychosocial : isolement social, insécurité, difficulté à profiteur d'alternatives susceptibles d'améliorer leur situation, etc. (Montgomery, 2000, p. 11). Différentes études ont démontré que la structure familiale joue un rôle déterminant dans la possibilité d'obtenir un diplôme d'études secondaires; « *les enfants de familles monoparentales sont proportionnellement plus nombreux à ne pas terminer leurs études secondaires* ». (Saint-Jacques et Sévigny, 2003, p. 38).

« *L'accès à l'emploi et la valorisation du travail constituent indéniablement des voies importantes pour lutter contre la pauvreté. Nous savons tous cependant – et le gouvernement le reconnaît aussi – que pour de nombreux travailleurs et travailleuses, les revenus d'emplois ne suffisent pas à les sortir de la pauvreté. C'est là une situation aberrante qu'il faut transformer* » (RRSSSMC, Mémoire, Projet de loi 112, 2002).

Or, l'accès à l'emploi n'est désormais plu une garanti de sorti de la condition de **pauvreté**. La **pauvreté** est un phénomène qui prend des formes variées. Elle peut être de différents types, chronique, permanente, transitoire ou intermittente, et se manifeste de diverses façons, entre autres suivant l'âge, le sexe et le lieu de résidence des personnes touchées.

La pauvreté peut trouver son origine dans un événement personnel, mais elle est largement induite par des facteurs structurels : fermeture d'entreprises, ralentissement économique, décroissance démographique, transformations des familles, politiques fiscales et de transferts, etc.

DE L'ÉQUITÉE EN MATIÈRE D'EMPLOYABILITÉ

L'employabilité et les conditions de travail ont de puissants effets sur l'équité en santé. Lorsque ces conditions sont favorables, elles peuvent assurer la sécurité financière, le statut social, le développement personnel, les relations sociales et l'estime de soi, et la protection de risques physique et psychosociaux. L'action en vue d'améliorer l'emploi et les conditions de travail doit être produite aux échelons global, national et local.

Le travail est le domaine de vie dans lequel bon nombre d'importantes influences sur la santé sont jouées (Marmot & Wilkinson, 2006). Cela comprend à la fois les conditions d'emploi et la nature du travail lui-même. Une main-d'œuvre flexible est considérée comme bonne pour économiques la compétitivité, mais apporte avec elle des effets sur la santé (Benach et Muntaner, 2007). Certaines preuves indsiquent que la mortalité est nettement plus élevée chez les travailleurs temporaires par rapport aux travailleurs permanents (Kivimäki et collab., 2003). On peut présumer donc que les travailleurs autonome et/ou indépendant sont également à risque. L'issue d'une mauvaise santé mentale est associé à une précarité de l'emploi (par exemple, à durée de contrats temporaires, sont employés sans contrat, et le travail à temps partiel) (Artazcoz et collab., 2005; Kim et collab., 2006).

Les travailleurs qui perçoivent les expérience de l'insécurité au travail des effets néfastes importants sur leur santé physique et la santé mentale (Ferrie et al., 2002).

Les conditions de travail influent également sur la santé et l'équité en santé. Les effets indésirables de conditions de travail adverse peuvent exposer les individus à un éventail de risques pour la santé physique et ont tendance à se regrouper au sein de professions à faible statut social. L'amélioration des conditions de travail parmi les pays à revenu élevé, acquise comme suite à de nombreuses et difficiles années d'une action organisée et de réglementations, fait cruellement défaut dans de nombreux pays à moyen et faible revenu.

Le stress au travail est associée avec une augmentation de 50% des risques de maladies coronariennes (Marmot, 2004; Kivimäki et collab., 2006), et il existe une preuve consistante que la demande d'emploi élevé, le faible contrôle, et du déséquilibre l'effort-récompense, sont les facteurs de risque à des problèmes de santé mentale et de santé physique (Candy & Stansfeld, 2006).

Les comportements associés au harcèlement psychologique ont toujours été présents dans les mondes du travail. Ce qui est nouveau cependant, c'est leur intensité, leur fréquence et l'aggravation de ses conséquences psychopathologiques qui, à partir des années 90, ont pris une dimension alarmante dans différents pays. Le 1er juin 2004, le Québec a été la première juridiction en Amérique du Nord à prévoir de nouvelles dispositions à sa *Loi sur les normes du travail en matière de harcèlement psychologique*. En vertu de ces nouvelles dispositions, la notion de harcèlement au travail se définit comme suit : « *une conduite vexatoire se manifestant soit par des comportements, des paroles, des actes ou des gestes répétés, qui sont hostiles ou non désirés, laquelle porte atteinte à la dignité ou à l'intégrité psychologique ou physique du salarié et qui entraîne, pour celui-ci, un milieu de travail néfaste.* » Selon la *Commission des normes du travail*[15], un travailleur sur dix au plus au Québec aurait été victime d'une forme grave de harcèlement, d'intimidation ou d'abaissement de la part de son patron ou d'un collègue de travail.

« *Le **harcèlement psychologique** n'est généralement pas un geste d'éclat et public, mais plutôt une manifestation discrète et exercée à couvert, ce qui rend encore plus difficile sa détection lorsqu'il y a médiation ou enquête.* » « *À l'heure actuelle, l'ampleur du harcèlement psychologique au travail dans les organisations québécoises n'est pas véritablement déterminée. Il existe quelques études sectorielles (éducation, syndicats, fonction publique et santé), mais nous ne disposons pas d'un portrait d'ensemble pour les Québécois et les Québécoises qui occupent un emploi. Les résultats de ce sondage tentent de combler ce vide.* »

« *Le **mobbing** est une notion dérivée de l'anglais "mob", se rapportant à des termes comme "foule" ou "meute", d'ou l'idée de malmener, d'attaquer en groupe. Il ne s'agit pas d'un conflit de travail ordinaire. Il s'agit d'un harcèlement caractérisé par des actes hostiles qui, pris isolément, pourraient sembler anodins, mais dont la répétition constante a des effets destructeurs sur la personne qui en est victime. Il s'agit de toute attitude abusive d'une ou plusieurs personnes qui vise à agresser ou à mettre en état d'infériorité une employée ou un employé, de manière constante ou répétée, pendant plusieurs mois. Il a été prouvé que les personnes handicapées sont cinq fois plus exposées au **mobbing** que leurs collègues. Il est d'autre part assez courant que le **mobbing** soit dirigé contre les femmes enceintes. Dans les faits, il arrive plus fréquemment que le harcèlement psychologique soit instrumentalisé par la hiérarchie puisqu'il s'agit, là encore, de rapports de pouvoir*[16] »

DU CONFLIT D'INTÉRÊT

La société semble offrir un traitement particulier et distinct à certains groupements de citoyens. Une de nos premières recommandations en serait donc une sur la cohérence de la vision « du tissu social » au sein de l'ensemble de nos législations et des programmes sociaux. Un manque de cohérence qui se situe bien souvent au sein des politiques sociales et de l'emploi.

Dans une société où certains groupes sont « déclassés », le message envoyé aux autres générations ne favorise pas l'élaboration d'un tissu social sain. La négation ce certaines réalités, l'approche de l'épidémiologie sociale, ne s'attaque pas aux rapports sociaux inégaux, aux politiques sociales et aux facteurs structurels socio-économiques qui engendrent la pauvreté et les problèmes sociaux (effritement du filet de sécurité sociale, non-accès à un revenu décent pour vivre, à un logement adéquat, etc.).

La « **normalisation médicale** » des **problèmes sociaux** revient alors à traiter les personnes en responsables de leurs « **pathologie** »: plutôt que de leur permettre d'acquérir un pouvoir sur leur existence sociale; on occulte les causes collectives ou environnementales et on met l'accent sur la culpabilité individuelle. Les principales problématiques sur lesquelles il faudrait agir, c'est la « **décontextualisation** » des **problèmes sociaux**. Il n'est donc pas étonnant de ne pas voir apparaître des orientations visant les causes systémiques, comme si seuls les services et les individus ont à voir avec la condition socio-économique.

L'absence de mise en en œuvre des notions de complémentarité et de cohérence des services, l'implantation d'un guichet unique ou encore l'implantation d'un réseau de services intégrés de **la santé à la démarche d'insertion socioprofessionnelle**[xi]. Dans cette mouvance de complicité, l'arrimage entre les institutions gouvernementales et la société civile, ce modèle de développement institutionnel associé à des pratiques communautaires ont un impact important sur les espaces de participation des citoyens(nes) à la vie démocratique. L'utilisation d'une cohorte entière de professionnels du social, communautaires ou institutionnels, constitue un des plus importants freins à l'exercice de la citoyenneté.

Des **situations de conflit d'intérêt** émergent la **confusion des rôles sociaux** ; un acteur pouvant jouer un double rôle de membre d'un organisme de la société civile et celui du rôle la fonction étatique.

L'ensemble de ces **programmes sociaux** semble reposer davantage sur la catégorisation des personnes que leurs globalités, c'est à partir de cette catégorisation que les besoins définis selon une certaine norme. Voilà ce qui soulève pour nous un enjeu de contrôle social.

J'estime que les **sources de production de l'itinérance** ne seront pas affectées par l'établissement d'un système de logement social tel qu'il est défini actuellement. J'estime qu'agir en **amont de la dégradation du tissu social** qui favorise l'émergence de l'état d'itinérance chez l'individu est de prime importance.

Conséquemment, beaucoup de problèmes serait résolus, dont l'amélioration de la qualité de la clientèle des logements locatifs résidentiels « **bas de gamme** » et pourrait ainsi rendre attrayant l'investissement privé et/ou public dans ce secteur.

Ce sont également les services déficients et parcellaires en santé mentale qui sont mis en cause. Les interventions souvent sont improviste, sommaire et n'égratigne qu'à peine les causes fondamentales des problèmes de santé mentale. Souvent, l'on cherche tout simplement à restaurer l'équilibre homéostatique sans toutefois régler les crises psychiques de la souffrance du sujet.

Il y a un abysse incommensurable entre la littérature produite et la pratique sociale.

Initialement, c'est bien la désinstitutionnalisation et actuellement les nouvelles formes de pauvretés qui constitue l'ensemble des personnes sujets à l'itinérance.

Enfin, j'estime qu'il existe un processus d'exclusion qui ne favorise pas l'exercice de l'esprit critique, ni le processus dialectique entre les sujets demandeurs de services et les fournisseurs de services. La **réaction de rejet** face à l'absence de réponses aux besoins essentiels de la part des demandeurs de services est disqualifiée par une revendication simultanée au dogmatisme et au droit à la faute simultané, et une pratique sociale déficiente. Cette réaction est souvent catégorisée comme rebelle. Or, si quelque chose ne fonctionne pas en quelque part, ce sont bien des dissidents qui s'affirment les premiers.

Également, les **actions sociales et communautaires** ainsi que les **interventions sociales** ne semblent pas fournir de résultats escomptés.

Ainsi, depuis la « *désinstitutionnalisation* », et compte tenu de la tendance croissante de notre société à la consommation de médicaments, il est clair que les pratiques sociales n'ont pas suivi la dévolution du tissu social et ne peuvent répondre aux besoins pressants et essentiels de cette clientèle. Les pratiques sociales en matière de santé mentale, que ce soit au niveau gouvernemental que communautaire, demande une réforme complète. Le problème de l'itinérance appel à une révision des politiques sociales, de la santé et éventuellement de l'habitation. Agir sur les sources permettront d'agir sur le phénomène d'itinérance actuel, sans créer des ressources supplémentaires qui devront être démantelé si toutefois il y a endiguement de la problématique en amont, a savoir,

[xi] Les organismes communautaires qui travaillent directement sur le terrain sont particulièrement utiles car ils bénéficient de contacts personnels les membres de regroupements et sont donc en mesure de devenir la porte d'entrée, le bras ou l'oreille, selon le cas, du réseau de services intégrés réunissant à la fois les institutions et le communautaire. Cela se traduit par un encadrement serré de toutes les sphères de sa vie.

à la source de production. Si on tari le robinet de l'itinérance, on aura beaucoup de logement social pour les itinérants.

DE LA NATURE DES CHOSES

« Abandonnez vous à la Nature et la Nature s'abandonnera à vous. »

Je suis un tenant de deux partis. D'une part, les objets existent en soi, distinctement de nous, et nous construisons une représentation mentale de chacun de ces objets. D'autre part, j'estime que l'expérience apporte une certaine forme de connaissance dite « a priori » si elle est construite dans un certain contexte et acquise de par une certaine méthodologie.

Ainsi, j'estime qu'il est possible d'adopter « une manière de vivre » pouvant nous prémunir de plusieurs types d'erreurs.

Lorsque l'on dit que l'erreur est humaine, on veut dire que l'erreur provient du fait que l'on ne peut appréhender consciemment une chose totalement dans son essence parce que notre représentation de cette chose sera toujours parcellaire et/ou biaisée. Toutefois, j'estime qu'il est possible d'acquérir et utiliser des connaissances « a priori », dérivées de l'expérience de l'existence et favoriser une adaptation optimale à l'écologie.

S'abandonner à la Nature permettra de mieux la connaître et d'en tirer des enseignements précieux. C'est donc l'expérience de la Nature qui permet d'acquérir une certaine connaissance « a priori ». Cette connaissance s'acquiert à l'aide de la *SENSIBILITÉ et de L'INTUITION*.

Depuis le début connu de l'existence d'humaine, nous avons regardé cet au-delà, ce quelque chose d'impalpable, ce mystère qui est en nous et autour de nous. Nous avons élaboré des croyances et des superstitions afin de justifier notre perception parcellaire du Monde dans lequel nous évoluons. Dans l'antiquité, les Grecs et les Romains expliquaient un ensemble de phénomènes à l'aide de la mythologie. L'astrologie est un phénomène semblable. La Religion, est une étape évolutive. De cette évolution, nous avons acquis une certaine habileté à confronter nos croyances, de par les philosophiques des années lumières, et nous avons élaborées des « façons de vivre et de faire » qui nous permettaient de construire une connaissance pratique et de les exploités en créant des outils perfectionnés; c'est la technicité ou la technologie. Sur les fondements philosophiques des lumières et de la technicité, nous avons construit le monde que nous connaissons aujourd'hui.

La technologie à toujours exister, depuis que l'homme a construit son premier outil, toutefois, la technicité exprime une dimension supplémentaire, celle de l'invention d'outils qui ne servent pas aux besoins fondamentaux des humains, qui ne servent pas la vie.

L'homme reste un être limité par ces croyances malgré la technicité. L'erreur humaine demeure, et dénature ses perceptions, dans une société offrant des moyens sans précédents à cet égard. **L'humanisation** ou **l'humanisme-existentialisme** permet de restaurer la Nature en nous et de rééquilibrer nos perceptions. **L'humanisation** ou **l'humanisme-existentialisme**, c'est une « graine » dont les fruits sont uniques à chacun. **L'humanisation** ou **l'humanisme-existentialisme**, c'est découvrir son inconscient, c'est devenir un être sur la voie de la conscience, c'est la sortie de la caverne de l'allégorie de Platon.

Sur le plan psychologique, observé la nature des choses implique nécessairement l'habileté à déterminer la Nature des choses, par l'expérience (sensibilité et intuition) et par une démarche philosophique. « *Le Soleil est le Soleil, la Terre est la Terre, et la Lune est la Lune* ». Chacun exprimant son essence de manière unique dont nous nous faisons une représentation. Ce sont ces représentations parcellaires qui nous mènent à l'erreur, aux biais cognitifs.

Nul ne peut échapper à sa propre Nature, même si elle dérive dans les méandres de son **insonscience**. **L'inconscience** exprime les fondements d'une personne. Et en cela, l'homme devient un livre ouvert de par l'inconscience de son inconscient. De plus, l'historicité de l'individu s'exprime inconsciemment, tel un livre ouvert, à

celui qui sais lire. L'observateur averti saura lire ce qui est inconscient. Et en cela, on y décèle les pires horreurs, et les plus belles fortunes.

Mais cette technique a ceci de bons, on détermine rapidement ce qui parait artificiel et ce qui parait naturel. La Nature d'une personne peut posé de telle dérive qu'elle en a perdu toute sensibilité, toute intuition, tout amour. C'est une nature morte, sans intentionnalité, insensé, et qui fait preuve d'un appauvrissement perpétuel jusqu'à ce que l'essence même disparaisse.

« *Nul ne peut échapper à sa propre Nature, même en dérive.* »

De la Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale

Une *politique de lutte contre la pauvreté* doit certainement contribuer à aplanir les injustices et inégalités sociales, les discriminations et les violences (comme ceux liés à l'abus de pouvoir) ? Mais qu'en est-il vraiment? En décembre 2002, le gouvernement du Québec a adopté *la Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale.*

Rappelons que lors de la première réforme de l'aide sociale en 1989, le gouvernement québécois avait établi les barèmes sur la base de recherches sur les besoins essentiels. À l'époque, le barème des personnes ayant des contraintes sévères à l'emploi devait couvrir les besoins à long terme, celui des personnes ayant de contraintes temporaires à l'emploi aux besoins à moyen terme et celui des personnes disponibles au travail, les besoins à court terme. Les personnes qui participaient à une mesure d'employabilité recevaient un supplément visant à couvrir les dépenses de la participation ou de la recherche d'un emploi, ce qui leur mettait à peu près au même niveau que les personnes ayant des contraintes temporaires à l'emploi.

Depuis ce temps, les barèmes de l'aide sociale ne couvrent plus même les besoins essentiels à court terme, soit l'alimentation, le logement, l'entretien ménager, les soins personnels et les communications[xii]. En plus de ces diminutions, le Québec a également instauré des charges pour les médicaments, avait également réduit l'aide au logement, établit des délais avant que les prestataires puissent bénéficier de besoins spéciaux comme les services dentaires ou d'optométrie, réduit l'accès à l'aide juridique...

À cet égard, le signataire est particulièrement préoccupé par la **situation socioéconomique** des mères monoparentales ayant de jeunes enfants et même des mères ayant un conjoint gagnant un **faible revenu**.

Peut-il y exister une dérive dans la mise en en oeuvre de politiques sociales ?

Ainsi, avoir un emploi n'est plus garant d'une sortie de la pauvreté. Emploi-Québec est dénué de sens puisque l'emploi constitue désormais une composante de la précarité socioéconomique. Est-ce que Emploi-Québec ne maintient pas des milliers d'individus dans la dépendance étatique favorisant la présence prolongée de prestataires et la récurrence de demandes d'aide sociale?

On doit également se poser la question à savoir si le bénévolat n'est pas devenu une activité, dans une certaine mesure, justificatrice de subvention; une activité économique. Certains organismes communautaires semblent avoir un bassin de membre plus ou moins consentant ou conscient de l'être. On voit également une forme de « travail » plus ou moins encadrer ou certaines dérives peuvent être constatées. De plus, afin de se maintenir et subsister, refuse-la remise en cause et se cantonne à certaines marges de manoeuvre délibérément limitée; à la figuration.

[xii] Cette définition proviendrait de trois documents qui ont servi à l'époque à préparer la réforme : 1) Denis Fugère et Pierre Lanctôt. 1995. Méthodologie de détermination de seuils de revenu minimum au Québec, Ministère de la Main-d'oeuvre et de la Sécurité du Revenu; 2) Ministère des Finances. 1995. Livre blanc sur la fiscalité des particuliers. Gouvernement du Québec; 3) des fiches distribuées par le ministre de la Main-d'oeuvre et de la Sécurité du Revenu, Pierre Paradis, au moment de la réforme.

Ainsi, certains organismes communautaires semblent occultés certaines **réalités sociales**, et se propose d'amblé (et même, s'impose) en tant que solution sociétale ou un remède provisoire, et exerce ainsi en toute légitimité en tant qu'acteur social, alors qu'en fait. Or, ces derniers constituent **« un écran de fumé »**.

On constate un déficit dans le continuum de services, autant au niveau de l'itinérance qu'au niveau la précarité socioéconomique. Une mère avec un enfant aura nécessairement des misères au salaire minimum. Peut-on toujours affirmer que tous ont les mêmes chances au départ de leurs vies? Notre société n'a-t-elle pas fait certains choix qui la distinguent? Signe de la minceur de la culture Québécoise, son incapacité à construire un tissu social sain, une communauté solidaire, inclusive, capable d'intégrer l'immigration, et de maintenir une pauvreté acceptable où l'espoir est permis.

La **professionnalisation de la mouvance communautaire** s'avère donc une nécessité. Ainsi, l'établissement d'un code d'étique commun, la création d'un système d'échange et de partage de l'information, l'organisation de continuums de services qui s'entrecroisent, l'imputabilité, et la garantie de résultat sont autant de nécessité afin de créer un renouveau de la mouvance communautaire.

Il est certain et acquis qu'il existe d'excellents organismes communautaires qui apportent une réelle différence. Toutefois, j'émets l'hypothèse de l'existence d'un ensemble d'organismes communautaires qui entache la mouvance québécoise. Ces organismes récalcitrants n'ont pas de place dans notre société.

PEUT-IL Y EXISTER UNE DÉRIVE DANS LE MOUVEMENT COMMUNAUTAIRE EN MATIÈRE DE DÉFENSE DES DROITS?

Plusieurs observations et constatations m'ont permis d'émettre l'hypothèse que certaines pratiques d'interventions sociales et la prestation de service de s'avèrent très rudimentaire, très minimal, et allant carrément à contresens de la philosophie communautaire la plus élémentaire ainsi que de la psychologie sociale et communautaire. Ces organismes semblent être de véritable **« écran de fumé »**, capable d'occuper l'espace public, s'érigeant en acteur social, ou l'organisation est utilisée à obtenir diverses subventions. Ces organismes semblent des spécialistes à **« faire semblant de faire »**. Également, ces dernières semblent offrir des services inadéquats et inopportuns qui ne correspondent pas aux besoins de la clientèle qu'elle vise. Et si le client s'en aperçoit, il est rapidement mis de côté.

En outre, force est de constater que la mouvance communautaire semble contaminée par un ensemble d'individus sans scrupule qui utilise les organismes communautaires afin de s'enrichir de manière injustifiée. Ici on parle d'avoir un salaire et d'en faire le moins possible et de la possibilité de se partager un « magot ». On parle de prestation de service illusoire, rudimentaire, inopportune, dogmatique, directif, et autoritarisme. Sous un couvert démocratique, l'ensemble de l'organisation n'est qu'un échafaudage bien huilé permettant de maintenir un organisme communautaire et un ensemble de membres plus ou moins conscient des enjeux et problématiques dans lequel ils sont immergés. L'organisme communautaire artificiel n'a donc aucun effet réel sur le tissu social. Également, ces organismes communautaires limite et réduisent délibérément la marge leurs actions. Ainsi, elles ont des objectifs qui de prime abord semblent probants, mais sous la lumière de l'analyse systématique de la problématique sociale, s'avèrent dénués de sens. Ainsi, l'organisme « se bat » pendant des dizaines d'années sur des enjeux qui n'ont pas d'impact sociétal ou dont leurs prestations de service est si rudimentaires déficientes de toute expertise réelle. Ainsi, "les grands réseaux associatifs qui gèrent des quasi services publics, n'échappent pas à la bureaucratisation, au corporatisme interne, aux clivages entre professions qui se jalousent" et qu'"ils sont aussi touchés par la crise de la représentation". Ce n'est que par la proximité des populations dont elle est le porte-parole et par l'exemplarité de son fonctionnement démocratique que l'association pourra convaincre qu'elle est effectivement, comme elle le postule, explorateur du social acteur d'utilité sociale, qu'elle pourra faire reconnaître sa légitimité d'émergence faire prévaloir sa valeur ajoutée et résister à certaines dérives qui la menacent.

En outre, force est de constater que les organismes communautaires directement impliqués dans l'établissement et la mise en œuvre de certaines politique sociale ainsi que de leurs fournitures de service ne semblent pas être capable de contrée la dégradation du tissu sociale ni même de proposé des solutions correctrices et innovatrices. Ce genre d'organisme peut également obtenir l'appui de certains universitaires (professeurs et chercheurs) afin de se

donner une image de compétence et sous-entendre le développement et la détention de l'expertise. Également, d'autres organismes peuvent agir en collusion, s'entraidant, afin de se maintenir, occuper une place indue sur la place publique et s'enrichir de manière injustifiée. La mégalomanie va également de pair avec ce genre d'organisme communautaire. L'ivresse de la reconnaissance par l'État offre un statut social relativement enviable, dit altruiste, offrant des possibilités de gains sociaux ou d'accès aux positions sociales supérieurs ou de meilleurs perspectifs.

C'est donc également une course pour le pouvoir et la nécessité de se maintenir à tout prix. Ces organismes peuvent être des « bouches trous », c'est-à-dire qu'ils ont flairé un besoin qui n'a pas été comblé et profite de cette absence un échafaudage organisationnel. Pour certains, « *puisqu'il n'y a aucun organisme, mieux vaut boucher le trou* ». Or l'aide fourni par ces organismes n'en est pas une. C'est une fausse aide. C'est une aide qui frustre les besoins. Une aide illusoire et perfide. C'est une aide qu'il maintient dans la dépendance et qui perpétue les demandes récurrentes de subventions. On peut également observer des refus de services devant la moindre difficulté. En finalement, on remarque des stratégies techniques de culpabilisation lors de refus de services. Ainsi, une personne, devant la prétention d'être aidé à répondre à ses besoins, portée par l'espoir, peut se les voir frustrés, par la fausse aide. Et si la cible en devient consciente, on fait la remarque que l'on fait tout pour l'aider et qu'il est parano! Alors qu'en fait, c'est une aide-manipulatrice, perverse, une aide qui ne maintient dans la dépendance et qui n'apporte aucune autonomie d'action et de pensée? Devant cette supercherie certains réagiront avec colère à cette trahison, d'autres seront maintenus dans l'état qu'il cherche à changer.

Dans une tout autre perspective, il y a ses organismes communautaires qui ne veulent pas mourir et qui sont conscients d'être incapables de répondre au besoin du groupe visé.

Dans le domaine de la santé mentale, j'émets également l'hypothèse que certains membres ou certains demandeurs de services de ces groupes communautaires sont "fortement suggéré" à participer à des études médicales dans l'espoir d'obtenir un diagnostic et traitement.

Ainsi, sur le plan systémique, devant les dérives constatées au sein d'Emploi-Québec au cours des années 2003-2007, devant ce qui semble être un conflit d'intérêts du MESS dans sa mission contradictoire en matière d'aide social et d'employabilité, devant l'incurie, l'amateurisme et un pouvoir discrétionnaire au service de l'incompétence, devant les nouvelles réalités économiques du travail atypique et d'exclusion sociale, devant la correction récente sur le marché du logement « bas de gamme » face à la dégradation du parc de logements "base de gamme », force est de constater que la mise en œuvre des politiques sociales et d'employabilité ont lamentablement fait faillite et certaines problématiques ont été celé par certains acteurs sociaux public et communautaire importants.

Sur le **plan social** et face au phénomène de violence psychologique et moral, de la violence conjugale, et des actes de plus en plus violents de la part des jeunes toujours plus jeunes, devant un taux de suicide toujours plus élevé, devant la maltraitance de l'enfance et les négligences face aux enfants ayant des troubles d'apprentissages, devant les multiples écueils rencontrés par les familles monoparentales à faible revenu, force est de constater que les politiques sociales semblent avoir un effet négligeable sur l'amélioration du tissu social. On constate également des lacunes importantes dans les domaines tels que l'habitation, la santé mentale, l'apprentissage, et la dégradation du tissu social.

DES PRATIQUES SOCIALES : LE « DISEMPOWERMENT » INSTITUTIONALISÉ

> « Personne n'éduque autrui, personne ne s'éduque seul, les hommes s'éduquent ensemble par l'intermédiaire du monde. » (Paulo Freire. (1974), Pédagogie des opprimés suivi de Conscientisation et révolution, Paris: Maspero).

Le terme « **empowerment** » fait référence à la possibilité pour les personnes de mieux « **contrôler leur vie** » (Rappaport, 1987) ou de devenir « **les agents de leur propre destinée** » (Breton, 1989). **L'exercice de contrôle** se traduit concrètement par la capacité à produire et à réguler les événements de sa vie (Gutiérrez, 1994). Rappelons qu'il s'agit d'un pouvoir distinct du pouvoir « **sur les autres** » ou du pouvoir « **sur soi** » (Russ, 1994). « **L'empowerment** » est motivé par une tentative d'élargir le champs des actions possibles tant du point de vue des ressources personnelles que celles de l'environnement (ex. :

accès à des services adéquats, à un logement convenable) et relève d'un pouvoir d'amorcer le changement souhaité ou d'y contribuer (Watson, 1992). Elle repose sur une démarche qui intègre de manière constante l'action et la réflexion dans une logique qui s'apparente à bien des égards au **processus de conscientisation** tel qu'il est définit par Paolo Freire (1977)[xiii].

Dans la perspective de **la pratique sociale**, le processus de définition de **la cible de changement** est généralement le produit de multiples transactions entre des bailleurs de fonds potentiels, des intervenants locaux désireux de venir en aide à une partie de la population, et un ensemble d'acteurs plus ou moins directement concerné par le changement projeté (Bernstein et collab., 1994; Perret, 1994; Plough et Olafson, 1994).

Il arrive également qu'un gouvernement choisisse d'agir unilatéralement auprès d'une catégorie de la population au nom de ses priorités économiques ou politiques (Dechêne, 1994; Mead, 1990). Cette question de ressource conduit à adopter des politiques sociales sur la seule base du rapport coût/bénéfice (Dechêne, 1994; Gueron et Pauly; 1991; Mead, 1990), et ce, l'encontre de toute logique de recherche d'efficacité concrète pour les personnes concernées (Hardina, 1994 ; Gowdy et Pealmutter, 1993). Nombreux sont les auteurs qui ont souligné le caractère éphémère des changements produits par des programmes coûteux en raison de cette absence d'enracinement (Casey Foundation, 1991, Hildebrant, 1996 ; Kretzmann et McKnight, 1993 ; Millet, 1996).

Portant l'adoption d'une perspective centrée sur **« l'empowerment »** partent du principe selon lequel les personnes aux prises avec un problème sont les mieux placées pour définir la nature de leurs besoins et des solutions compatibles avec leur situation (Bernstein et collab., 1994). Ceci revient à attribuer une expertise expérientielle aux personnes visées par les changements et constitue une expertise essentielle au succès d'une intervention (Bekowitz, 1990; McWhirter, 1994; Riessman, 1990; Wallerstein, 1993; Willson, 1996). L'expertise expérientielles complète l'expertise professionnelle. Ils possèdent ce que Biarnès (1998) appelle une « culture d'expérience » qui est indispensable à la réalisation du changement (Casey Foundation, 1991 ; Millet, 1996).

Le fait de donner la parole aux personnes aidées constitue une façon efficace de préserver leur dignité en les considérant de facto comme des partenaires à part entière (Bond et collab., 1992; Breton, 1994; Mullender et Ward, 1994). Mentionnons que, *« L'INTÉGRATION DES PERSONNES CONCERNÉE DANS LES PROCESSUS DÉCISIONNELS SOULÈVE MOINS AU SEIN D'UNE DÉMARCHE LOCALE QUE DANS LE CONTEXTE DE L'APPLICATION D'UNE LOI OU D'UN PROGRAMME GOUVERNEMENTALE »* (Guldan, 1996; Keller, 1996; Labonté, 1994; O'Neil, 1992). En outre, il est maintenant bien établi que les difficultés de participation des personnes concernées sont plus liées aux conditions associées à cette participation qu'à la volonté de ces personnes de s'engager activement (Abraham, 1996; Fortin et collab., 1992; Guldan, 1996; Marshall et Stohl, 1993; O'Neil, 1992; Plough et Olafson, 1994 ; Schalff, 1991). Il s'avère donc nécessaire de développer des pratiques de concertations compatibles avec leurs conditions de vie, leurs compétences et leurs expériences (Biarnès, 1998; Church, 1996; Fortin et collab., 1992; Mason et Boutilier, 1996 ; Plough et Olafson, 1994).

Actuellement, les professionnels et fournisseur d'aide restent les seuls porteurs du changement et les personnes concernées continuent d'être cantonnées dans le rôle passif de **« bénéficiaire »**. A contrario, **« l'empowerment »** implique nécessairement qu'un réel partage de pouvoir à toutes les étapes de l'intervention (Masson et Boutilier, 1996). Le choix des moyens d'action est donc restreint par la disponibilité des ressources et des expertises qui influence le plus sur la sélection des méthodes d'intervention (Eme, 1995; Renaud, 1993).

[xiii] Paulo Freire (19 septembre 1921 à Recife, Brésil - 2 mai 1997 à São Paulo) est un pédagogue brésilien. Il est surtout connu pour ses efforts d'alphabétisation visant les personnes adultes de milieux pauvres. Il conçoit l'éducation comme un processus de conscientisation et de libération. Il inspire des éducateurs progressistes du monde entier, tant dans les écoles et les universités que dans les syndicats et les groupes de jeunes et d'adultes catholiques. En 1974, il écrit son ouvrage le plus célèbre : *« PÉDAGOGIE DES OPPRIMÉS »*. L'éducation se présente comme un chemin qui mène à la liberté en deux étapes. La première survient lorsque les gens deviennent conscients de leur oppression et qu'ils transforment leur état. La deuxième amène un processus permanent d'action culturelle qui favorise l'émancipation. Dans un tel contexte, il faut que les apprenants et les enseignants s'engagent, collaborent, participent, prennent des décisions et soient, en ce qui a trait à l'éducation, responsables tant socialement et politiquement.

L'intervention en « **empowerment** » conduit logiquement à une démarche de revendication dans la mesure où elle amène les personnes concernées à une forme de prise de conscience de l'interdépendance de leurs conditions de vie et des inégalités systémiques dans la distribution des ressources et l'accès de celles-ci (Breton, 1994; Cox, 1991; Labonté, 1989, Eme, 1995; Nimacs, 1995; Wallerstein, 1992).

De la régulation sociale : De la Charte Montréalaise des droits et Responsabilités

La Charte montréalaise des droits et responsabilités peut être un outil favorisant la régulation de la dynamique relationnelle entre locataires et locateurs.

Cette dernière pourrait mettre en place un mécanisme de médiation, qui remplacerait les procédures de mise en demeure de la *Régie du Logement*, et qui favoriserait **la médiation** entre le Locataire et le Locateur. Ce mécanisme, issu en partie du domaine communautaire et du domaine municipal, pourrait traiter les dossiers au « cas par cas » selon les caractéristiques de la population locale.

::to-finish

De l'intervention social

On peut considérer **l'intervention sociale** comme un outil au service de l'amélioration des conditions de vie humaines. Sa mise en oeuvre nécessite la présence de différents acteurs à la recherche de solutions à des problèmes concrets au sein de leur collectivité. En outre, la mondialisation des économies de marché se situe parmi les facteurs importants de transformation des logiques socioéconomiques. Favorisé l'émergence et l'usage de ces outils de collaboration et de partage au service du développement social comme phénomène social devient une necessité : les technologies de l'information et de la communication et à l'intervention sociale au service du développement social favorisant l'émergence de nouveaux paradigmes auxquels dans l'analyse des communautés innovantes, l'analyse des acteurs sociaux du développement social et de l'innovation technologique qui permet la formation de communautés communautaire virtuelles.

Comment expliquer que certains phénomènes sociaux se produisent, et ce, à la face même des acteurs concernés, alors même qu'ils ont « intérêt » à intervenir? Comment expliquer cette absence d'intervention ou la présence de pratiques sociales lacunaires? Comment expliquer que les professeurs soient incapables de mettre en œuvre un système **d'éducation socioconstructiviste**? Ce sont ces mêmes professeurs qui forment notre jeunesse. Comment expliquer la présence du phénomène de la précarité résidentielle si ce n'est par un effort insuffisant de certains acteurs, si ce n'est par un déni conscient? Comment expliquer la **dégradation du tissu social** sinon par la mise en cause des acteurs concernés?

Le soutien social

...

La stigmatisation sociale

STIGMATE

Du latin *stigma*, *stigmatis* (« marque d'infamie faite au fer rouge sur l'épaule des esclaves fugitifs », « flétrissure », « cicatrice », « stigmate ») du grec ancien στίγμα *stigma* (« piqure, marque au fer rouge, tatouage »).

Un **stigmate**, au sens originel, c'est une marque corporelle, gravée selon une pratique très ancienne au couteau ou au fer rouge. Le **stigmate** identifiait son porteur -- criminel, félon -- et était à la fois le témoin et le moyen de sa mise au ban. Dans nos sociétés modernes, des stéréotypes, une perception péjorative de la différence, une « mauvaise réputation » sont trop souvent encore accolés à de nombreuses catégories de personnes -- personnes en situation de handicap, itinérance, assistance sociale, maladie et santé mentale, etc. -- et fonctionnent comme autant de **« stigmates »** et contribuant à leur exclusion.

Le **stigmate** (du grec, *point*, du grec, *piquer*) est donc une marque laissé par une blessure. Le **stigmate** est toute marque, toute trace qui révèle une dégradation (surtout pluriel) : Les **stigmates** de la catégorisation, les **stigmates** de l'abus d'alcool, les **stigmates** de la justice. Au sens figuré et familier, « *il en porte encore les stigmates* », se dit d'un homme qui vient d'être maltraité publiquement, d'essuyer en public des reproches humiliants; un **stigmate** flétrissant, honteux, Une note d'infamie. Rien ne peut faire disparaître ce stigmate flétrissant. Le **stigmate** est dont une marque empreinte sur le corps d'un homme (physique, psychologique, émotionnel, etc.), d'un animal. « *On le disait des anciens Esclâves.* » « *On trouvera sur tous les animaux esclaves les stigmates de leur captivité et l'empreinte de leurs fers.* »

Selon *Erving Goffman*, un individu est dit « **stigmatisé** » lorsqu'il présente un attribut qui le disqualifie lors de ses interactions avec autrui. Cet attribut constitue un écart par rapport aux **attentes normatives** des autres à propos de son **identité** (*La sociologie de Erving Goffman*, p. 26).

Erving Goffman (1922, 1982) est né au Canada et étudia la sociologie à l'école de Chicago. Il a été professeur de l'université de Berkeley de 1958 à 1968 et à l'université de Pennsylvanie après 1968. Il à créer l'étude, en sociologie, des **rencontres sociales et publiques**. Il analyse des conduites de rencontres à partir de signes externes (parole, geste, posture) et il identifie des « **rites d'interactions** » dont le but est d'informer sur la position et les intentions des individus dans une situation donnée.

Il utilise la métaphore que les individus sont considérés comme des acteurs en représentation qui jouent des rôles sociaux. Il s'agit pour chacun de donner aux autres une image valorisée de lui-même et surtout de « ne pas perdre la face ». E. Goffman dit faire la microsociologie avec l'étude de faits mineurs. Pour lui, l'organisation sociale est uniquement ce qui émerge de la multitude des interactions.

Le livre « stigmate, les usages sociaux des handicaps » écrit par E. Goffman et est paru en 1975 aux Edition de Minuit. Pour *Erving Goffman*, le **stigmate** correspond à toute caractéristique propre à l'individu qui, si elle est connue, le discrédite aux yeux des autres ou le fait passer pour une personne d'un statut moindre; le stigmate définit comme étant « la situation de l'individu que quelque chose disqualifie et empêche d'être pleinement accepté par la société ».

Dans toute société, les individus sont classés en catégorie de personne et des la première rencontre, nous attribuons à l'autre une **identité sociale**, basée autant sur les qualités que sur les défauts supposés que sur son statut social (profession). C'est à partir de cette image de l'autre que nous élaborons des attentes que l'auteur appelle « **normative** ».

Erving Goffman va s'intéresser au problème des **relations mixtes**, c'est-à-dire de la mise en place des **interactions** entre un « **stigmatisé** » et un « **normal** ». Le **stigmatisé** sera généralement perçu comme occupant une position inférieure, il sera donc vu comme quelqu'un que n'importe qui peut aborder. Cela modifira donc nécessairement la nature de ses relations interpersonnelles.

Goffman fait une distinction entre **identité sociale virtuelle -- construction sociale** fait à partir des présupposés (qualités et défauts supposés) -- et **identité sociale réelle -- catégorie sociale** et de ses attributs, qui eux sont réels. C'est dans une opposition entre ces identités que se constitue le **stigmate**. Les attentes des personnes mises en face du **stigmate** vont venir informer **l'identité sociale**. Ces attentes représentent les « *stéréotypes que nous avons quant à ce que devrait être un certaines sorte d'individus* ». Le **stigmate** sert à désigner « *un attribut qui jette un discrédit profond* » (Page 13). Le **stigmate** n'existant pas en soi-même, mais naissant de la relation entre les **attributs personnels** et les **stéréotypes**.

Le **stigmatisé** devra naviguer entre **trois types d'identité** : 1er **l'identité sociale** marquée pour l'essentiel par le stigmate; 2^{e} **l'identité personnelle** qui renvoie à ses capacités de contrôle des informations à propos du stigmate; et enfin 3^{e} « **l'identité pour soi** » qui renvoie aux sensations de l'individu et à son propre regard à l'égard de son stigmate. Quoiqu'il en soit, le **stigmate** s'imposera dans ses **tentatives de construction de l'identité**.

Il distingue trois grandes catégories de **stigmates** :

- Les déformations du corps ;
- les **stigmates** tenant à la personnalité et / ou au passé de l'individu (tares de caractères);
- les **stigmates** « tribaux » qui correspondent à la race, à la religion ou à la nationalité et peuvent être transmis de génération en génération.

Une **discrimination** nait alors construite autour d'une idéologie fabriquée du stigmate que génère notre comportement.

Les **stigmates** peuvent être **visibles** : l'individu est alors dit « **discrédité** » et son problème sera de contrôler correctement l'interaction troublée par l'existence de ce **stigmate**. L'importance de ce contrôle dépendra de « **l'importunité** » **du stigmate** : jusqu'à quel point un **stigmate** trouble-t-il l'interaction ? Il faudra également tenir compte du « foyer apparent » du **stigmate** : trouble-t-il les relations dans quelques situations précises ou remet-il en cause l'ensemble des relations de l'individu ?

Le **stigmate** peut aussi être **invisible** (avoir un passé de délinquant, troubles d'apprentissages,...) : l'individu est alors « **discréditable** » et son problème devient celui du contrôle de l'information à propos de son **stigmate**. Goffman qui parle de « **stigmatisés** » et de « **normaux** » (sans jugement de valeur, cela va sans dire) pour les individus non stigmatisés.

Les « normaux » qui appliquent et soutiennent des normes idéologiques, généralisent la notion d'identité d'un groupe de stigmatisé et ce dernier va utiliser cette identité pour exprimer des griefs sur le groupe qui lui convient. Si ces revendications ne correspondent pas à sa situation, alors il ressentira un sentiment de honte et de mépris à l'égard de lui-même, puisqu'il n'a plus de groupe de référence.

Il y aurait derrière ce phénomène une problématique de l'acceptation de soi et de son stigmate. Goffman récence 3 réactions possibles du stigmatisé :

- la tentative de correction du stigmate (victimisation);
- la tentative de maitrise des domaines d'activité qui lui sont normalement interdits (supplice de l'apprentissage);
- se couper de la réalité (mépris).

Le **stigmate** pourrait être utilisé pour obtenir des « petits profits ». Ipso facto, pour Goffman, il y a une insertion du stigmate. Le **stigmate**, étant avant tout relationnel, survient dans le cadre des situations dites de « **contact mixte** » ; rencontres entre les « normaux » et les « stigmatisés ». L'individu stigmatisé redouterais ce moment car il ne sais pas comment l'autre va l'accueillir (l'accepter ou le rejeter), d'où la tendance à toujours se sentir en « représentation », contrôlant le plus sévèrement possible ce qui pourrait le « trahir » et cherchant à faire une bonne impression, mais sans jamais être totalement confiant

Si le « **normal** » connaît personnellement le « **stigmatisé** », à l'information transmise par le **stigmate** s'ajouteront les différentes informations tenant à la biographie du **stigmatisé** ; il détiendra une partie des différents éléments qui font d'un individu un être unique, ce qui correspond au concept « **d'identité personnelle** », par opposition à « **l'identité sociale** » qui correspond à la cohérence des différents rôles qu'un même individu doit tenir. Si, en revanche, le « **normal** » ne connaît pas le **stigmatisé**, il devra se référer à une connaissance purement **cognitive** permettant d'approcher **l'identité sociale** et **l'identité personnelle** du **stigmatisé**.

De même, l'effet du **stigmate** dépendra de la plus ou moins grande proximité des normaux vis-à-vis du **stigmatisé**. Mais, à l'inverse, le stigmate troublera d'autant plus les interactions que les individus sont des intimes du stigmatisé, l'effet maximum s'exerçant sur la famille. Enfin, il faut noter le pouvoir d'extension du **stigmate** dont le caractère dévalorisant peut s'étendre à la famille et aux proches du **stigmatisé**.

Ces deux types de protagonistes se retrouvent dans des situations de malaise ou les interactions sont flottantes et angoissantes car chacun essaie d'interpréter l'autre. Cette **perception du stigmatisé** par les « normaux » ne suffit pas pour comprendre la mise en place des interactions; il faut également voir comment le stigmatisé se perçoit lui-même.

Les malaises interactionnelles aurait pour conséquences daltérer les relations ordinaires et provoque diverses attitudes de la part du sitgmatisé :

- repli sui lui-même;
- attitudes de bravades agressives;
- stratégie pour détendre l'atmosphère;
- stratégie pour laisser le temps à l'individu en face de lui de s'adapter au handicap;
- Accepter et remercier l'autre pour son aide.

La **situation de stigmatisé** suspend tous les autres **rôles sociaux**, devient le centre de toutes les pensées et donc le premier élément de définition de l'individu. Le **rôle social** est non seulement construit sur le **stigmate** mais de plus, à cause du caractère particulier du **stigmate**, il devient totalement **indéterminé**. Le phénomène le plus marquant est la perte **d'estime de soi** qui peut être liée aux problèmes concrets de la vie de tous les jours. De plus, la situation de **stigmatisé** s'accompagne d'un sentiment de culpabilité pour le moins étonnant.

Dans un cas « **normal** », une faute dévoilée publiquement engendre la honte, la culpabilité et enfin le châtiment. Dans le cas du handicap, il semblerait que cet enchaînement s'inverse : c'est l'invalidité, prenant la place du châtiment, qui entraîne le sentiment de honte, puis la culpabilité et le sentiment d'être un criminel. Ce sentiment de culpabilité dépend donc de la manière dont le stigmatisé pense être perçu par les autres. Le sentiment de culpabilité va d'ailleurs s'étendre aux membres de sa famille dans un véritable jeu de miroirs : le stigmatisé se sent coupable d'être un fardeau pour sa famille, la famille se sentant coupable d'être valide.

Cette **autodévalorisation** va être accentuée par le fait que le corps des handicapés contrevient aux valeurs. Ainsi à la honte et à la culpabilité vont s'ajouter apathie, dépression, colère latente à l'égard de soi-même et de la société rendue responsable du handicap.

Cette **autodévalorisation** sera d'autant plus forte que le stigmatisé aura intériorisé les attentes des normaux, cependant tout dépend de ce que *Erving Goffman* appelle « **l'itinéraire moral** » du **stigmatisé** : le **stigmatisé** devra passer par deux étapes qui sont successivement la **socialisation** en termes d'apprentissage des valeurs des normaux à propos du **stigmate** et la découverte de son stigmate et des conséquences quotidiennes qui en découlent. Le type propre d'enchaînement de ces deux étapes donnera naissance à quatre structures fondamentales : dans un premier cas, le **stigmatisé** peut apprendre le point de vue des normaux en même temps qu'il apprend son désavantage (le cas typique est celui des orphelins) ; dans d'autres cas, la famille peut chercher à protéger l'enfant de son environnement, lequel n'apprendra le point de vue des normaux et n'aura véritablement conscience de son **stigmate** qu'après coup ; le troisième cas est celui de l'individu qui n'apprend son **stigmate** que tardivement après avoir intégré le point de vue des normaux ; c'est dans ce cas que les problèmes de **réidentification** seront les plus importants et impliqueront souvent le recours à des « experts » (praticiens, cliniciens). Le dernier cas, que Goffman n'aborde que très peu, correspond aux individus qui ont été **socialisés** dans une communauté étrangère et doivent apprendre une deuxième manière d'être avec leur **stigmate**.

En s'intéressant à la relation de proximité, Erving Goffman introduit le concept d'identité personnelle. Cette identité caractérise une personne dans ce qu'elle à d'unique. Cette notion d'unicité renvoie à des signes patents qui jouent un rôle de « porte-identité » : ce qui fait la particularité d'un individu dans l'image mentale que l'on s'en fait. **L'identité personnelle** est constituée des signes patents et de la combinaison unique des faits biographiques qui finit par s'attacher à l'individu à l'aide de support de son identité.

Le phénomène de **contrôle de l'information** va se retrouver tout au long de la vie du **stigmatisé**, en particulier pour l'individu **discréditable**. Le **discréditable** (a contrario du *discrédité*), la « **différence** » n'est pas immédiatement visible et devra veiller à la divulgation de sa différence. Aussi va-t-il apprendre à manipuler, lors des interactions mixtes, les informations concernant son stigmates (faux-semblant), pour ne pas être discrédité.

Ces informations sociales sont définit comme des informations individuelles, réflexives, incarnées et durables. Les signes fréquents et stables qui les transmettent, et que tous recherchent, se nomment des « symbole » (opposition symbole de prestige/symbole de stigmate), et se retrouvent à la porter de la connaissance du public. Un même signe sera interprété de façon différente selon le groupe qui le reçoit.

La capacité de développer une stratégie de **faux-semblant** dépend de la **visibilité du stigmate** et de la capacité des « *normaux* » à déchiffrer les différents **comportements de dissimulation**. Il y existerait une multiplicité de moments au cours desquels un stigmatisé va produire des distordions à différents degrés entre son identité sociale réelle et son identité sociale virtuelle.

Le problème principale du **stigmatisé** est de toujours délivrer une information cohérentes entre elles (d'où l'importance de la mémoire pour Goffman). Une révélation de la tromperie produirait des effets néfastes sur la position sociale et sur les interactions et relations sociales déjà existantes du stigmatisé. La mauvaise réputation jouant le rôle d'un contrôle sociale formel et informel qui renseigne de façon dramatique sur les stigmate et les caractéristiques supposées d'un individu.

Un comportement de **faux-semblant** n'est pas forcément voulu. Des incidents gênant peuvent discréditer l'identité sociale virtuelle et les prétentions du stigmatisé. Ceux-ci sont souvent à même d'être décryptés par ceux qui connaissent personnellement le dissimulateur, **l'identification personnelle** pesant ainsi fortement sur l'identité sociale. Ce type d'attention demande un effort permanent que l'on apprend à acquérir lors d'une phase d'apprentissage du faux-semblant. Un individu secrétement différent apprend notamment à distinguer 3 types de lieux :

- Les lieux interdits;
- Les lieux policés
- Les lieux retirés.

On peut distinguer différentes stratégies de faux-semblant :

- Dissimuler ou effacer tout signe révélant un symbole de stigmate;
- Utiliser des « *désindentificateurs* »;
- Faire passer les signes stigmatiques pour les caractères d'un stigmate moins grave;
- Se confesser aux personnes les plus à même de l'identifier pour s'en faire des alliés;
- Maintenir délibérément une certaine distance;
- Se dévoiler volontairement et radicalement (suppose une certaine acceptation de soi).

Rappelons qu'il faut distinguer la situation « *du sujet discrédité, forcé de s'accommoder d'une tension et celle de l'individu discréditable, obligé de contrôler une information* ».

STIGMATISATION

Historiquement, La **stigmatisation** relève d'une opération consistant à marquer d'une façon indélébile le corps d'une personne pour lui imprimer un signe distinctif, une marque d'infamie (*La stigmatisation au fer rouge des esclaves fugitifs; la stigmatisation des recrues de l'armée romaine*). Au sens figuré, la **stigmatisation** relève d'Accusation sévère et publique, flétrissure morale portée à l'encontre d'une personne, de ses actes, de sa conduite.

La notion de **stigmatisation**, quant à elle, est attachée au nom *d'Erving Goffman* qui la développe dans son ouvrage « *Stigmates - Les usages sociaux des handicaps* » (Les Éditions de Minuit, 1975, première édition en 1963).

La **stigmatisation** n'est pas seulement une conséquence pernicieuse de la maladie mentale ou de la situation de handicap : elle représente également un facteur de risque pour la santé et peut être la cause directe d'incapacité et de limitations. La **stigmatisation** et ses conséquences varient entre différents groupes de populations.

La **stigmatisation** liée à la maladie mentale et à la situation de handicap affecte ceux qui en souffrent, leurs familles, les professionnels (cliniciens, praticiens, etc.), les institutions, le traitement de la maladie, et l'amélioration da la santé globale du sujet.

En outre, on présume l'existence d'un phénomène de stigmatisation intergénérationnelle ; stigmates passant d'une génération à l'autre.

De plus, de nombreux acteurs contribuent, à des degrés divers et souvent de façon inconsciente, à la stigmatisation, y compris :

- les professionnels de la santé (psychiatres et autres professionnels de la santé mentale) ;
- les gouvernements ;
- les personnes touchées par la maladie et leurs familles ;
- les media ;
- les institutions sociales telles que les églises et d'autres groupes dans toutes les sociétés.

La lutte contre la **stigmatisation** peut être fructueuse et les programmes contre cette dernière doivent devenir partie intégrales des programmes de santé et sociaux.

STIGMATE SOCIAL

Le **stigmate social** relève d'une sévère désapprobation sociale de caractéristiques et/ou des croyances personnelles ou qui sont contre des **normes** culturelles. Le **stigmate social** mène souvent à **marginalisation**. Les exemples de **stigmates sociaux** existant actuellement et historique relèvent des incapacités, des handicaps, des désordres ou des maladies physiques ou mentaux, et prennent forme dans une myriade de contextes sociopolitiques et géopolitiques. La notion de stigmate repose sur la caractérisation négative des personnes ayant un ensemble de caractéristiques ou qui posent une action qui est dévalorisée.

La notion de **stigmate** a été conceptualisée par *Erving Goffman* et désigne la situation d'un individu que quelque chose disqualifie et empêche d'être pleinement accepté par la société. Pour Goffman, le stigmate correspond à toute caractéristique propre à l'individu qui, si elle est connue, le discrédite aux yeux des autres ou le fait passer pour une personne de statut moindre.

Selon Erving Goffman, un individu est dit stigmatisé lorsqu'il présente un attribut qui le disqualifie lors de ses interactions avec autrui. Cet attribut constitue un écart par rapport aux attentes normatives des autres à propos de son identité (La sociologie de Erving Goffman, p.26). Chaque individu est plus ou moins « *stigmatisé* » en fonction des circonstances, mais certains le sont plus que d'autres : tous peuvent être placés sur un continuum. Les exemples de **stigmates** sont nombreux et variés et jalonnent l'histoire : parmi eux, le passé des individus, les handicaps, les tares de caractère, l'homosexualité, l'appartenance à un groupe donné, etc. L'acteur va donc tout mettre en œuvre pour cacher ce stigmate ou en tout cas éviter qu'il provoque un malaise chez son public. Goffman nomme **contacts mixtes** les interactions à risque entre "normaux" et stigmatisés.

Goffman tente de démontrer, entre autres, que le handicap n'est pas uniquement un problème en soi et que les difficultés rencontrées lors de la mise en place d'une interaction mixte, c'est-à-dire entre un « **normal** » (la terminologie utilisée n'implique bien entendu aucun jugement de valeur) et un « **stigmatisé** », sont induites autant par la situation et les perceptions de chacun que par le handicap en lui-même; *handicap = stigmatisation = discrimination = effets négatifs = stigmatisation amplifiée et ainsi de suite.* La **stigmatisation** produit sur la vie sociale de la personne en **situation de handicap** des effets négatifs, à ceux-ci viennent s'ajouter les difficultés déjà présentes par le simple fait des limitations objectives que le « *handicap* » impose en lui-même.

Il y a **stigmatisation**, phénomène qui vient amplifier les effets négatifs liés au « **handicap initial** » puisqu'il mène à un autre phénomène bien connu, celui de la **discrimination**. Ces deux phénomènes, la **stigmatisation** et la **discrimination**, interviennent dans tous les aspects de la vie de la personne en situation de handicap et viennent s'ajouter à la souffrance initiale strictement liée au « **handicap** » et aux limitations objectives qui en découlent. En ce sens, on peut parler d'effet amplificateur de la **stigmatisation**. Puisque les « **stéréotypes négatifs** » véhiculés par les **normes sociales et culturelles** disqualifient socialement les personnes en situation de handicap en leur attribuant des capacités moindres ou des aptitudes diminuées, on peut dire que les **représentations sociales** liées au « **handicap** » sont « **stigmatisantes** ».

Le **stigmate social** est l'attitude que la société entretien au sujet de conditions spécifique ; un **stigmate** est imposé par l'entourage d'une personne qui en est la cible. La **stigmatisation** existe indépendamment des faits et gestes des personnes en **situation de handicap** sur la seule base de leur apparence et de la visibilité de leur **handicap**. Du simple fait de leur **handicap**, les personnes **handicapées** font ainsi l'expérience que leurs opinions sont moins prises au sérieux ou que certains considèrent que toute leur personnalité est atteinte.

Le **stigmate social** relève, entre autre, de blessure à **l'estime de soi**. Le **stigmate social** prend donc forme dans un **contexte social** ou le sujet est de blâmer, de condamner ou de flétrir publiquement un individu ou une catégorie de gens. La **stigmatisation** des bénéficiaires de l'aide social est un **handicap social** qui se surajoute au handicap, et aux limitations à la participation et au fonctionnement adaptatif.

Le milieu joue donc un rôle fondamental dans le processus de **stigmatisation sociale**. Ainsi, la **stratégie** de **protection de soi** ou la personne se compare avec d'autres **personnes stigmatisé** ou **marginale** ou ayant un ensemble de problèmes, mais qui le sont encore plus que soi, permet de renforcer le **sentiment d'appartenance** a son groupe de référence (issue des **théories sur l'identification**).

Stigmatisation et **estime de soi**, émotions et groupes stigmatisés, perceptions différentes des discriminations individuelle et groupale. Quel en sont les explications cognitives. Et la menace du stéréotype ? Les enseignants contribuent-ils aux inégalités sociales dans une construction sociale et scolaire du **stigmate**. **Stigmates sociaux** et comparaisons interpersonnelle, l'affirmation de soi et du groupe chez les personnes stigmatisées, la stigmatisation et mouvements sociaux sont autant de phénomènes sociaux.

Quel que soit la **situation de handicap** et indépendamment d'autres facteurs, les expériences de **stigmatisation et de discrimination répétées** exercent une influence négative dans tous les domaines de la vie de la personne en situation de handicap : elles les touchent une ou plusieurs sphères de la vie du sujet. Cela va se traduire dans la vie de tous les jours par divers types de réaction tel un repli sur soi en choisissant de ne côtoyer que des personnes ayant un handicap similaire ou à l'inverse en adoptant une attitude plus agressive voire provocante. Cela va se traduire dans la vie de tous les jours par divers types de réaction tel un repli sur soi en choisissant de ne côtoyer

que des personnes ayant un handicap similaire ou à l'inverse en adoptant une attitude plus agressive voire provocante.

Bruce Link et Phelan Jo propose que le **« stigmate »** existe lorsque quatre composantes convergent; (1) Les personnes se différentie et étiquette les variations humaines; (2) La prédominance des croyances culturelles liant ceux marqués d'attributs négatifs; (3) l'individu étiqueter sont placés dans des groupes distinct (distinction), et servent à créer un sentiment de déconnexion entre « nous » et « eux »; (4) l'étiquette de personnes qui ont fait l'expérience d'une perte de statut et la discrimination » et qui menant à un ensemble de circonstances inégalitaire.

Dans ce modèle **« stigmatisation »**, est également contingent à *« l'accès à la vie sociale, économique, et au pouvoir politique que favorise et permet l'identification des différences, la construction des stéréotypes, la séparation des personnes marqués en groupes distincts, et à la pleine exécution de désapprobation, de rejet, d'exclusion, et discrimination.* » Par la suite, dans ce modèle le terme de **stigmate** est appliquée lors de **l'étiquetage**, les **stéréotypes**, la déconnexion, la perte du statut, et la **discrimination** existent tous au sein d'une situation de pouvoir favorisant l'émergence du stigma de se produire.

- **Différentiation (discrimination, distinction) et l'Étiquetage** : l'Identification des principales différentiations des saillance humaine, et conséquemment digne d'étiquetage, est un processus social. Deux facteurs primaires : 1) la sursimplication réductionniste significative est nécessaire pour créer un groupe; 2) la différence qui son socialement jugé pertinentes diffèrent grandement selon l'espace occupé et le temps ;

- **L'enchaînement avec les stéréotypes** : ce composant s'intéresse particulièrement à liaison des différences d'étiquetage avec les stéréotypes. Le processus d'appliquer certains stéréotypes dans la différentiation des groupes d'individus a recueilli et retenu une grande attention et recherches depuis maintenant plusieurs décennies récentes car elle aide à comprendre le processus de pensé prenant place alors que ce processus de liaison prend place et se produit ;

- **« Nous » et « les autres »** : L'enchaînement des attributs négatifs aux groupes différenciés d'individus tel que décrits ci-dessus facilite un sens de séparation entre le proverbial « nous » et « eux ». Le sens que les individus du groupe marqué sont fondamentalement différentes cause la *« stéréotipation »* de prendre place avec peu d'hésitation. Le composant « Nous » et « eux » du processus de stigmatisation implique que le groupe marqué est légèrement moins humain en nature, et à l'humain d'extrémité pas du tout. C'est à cette extrémité que les événements les plus terrifiants se produisent ;

- **Désavantage** : Le quatrième composant de la stigmatisation dans ce modèle inclut l'expérience de *« la perte de statut et de la discrimination »*. Beaucoup de définitions de **stigmate** n'incluent pas cet aspect, cependant, cette perte se produit de manière inhérente alors que les individus *« sont marqués, placé à part, et a lié aux caractéristiques indésirables »* (indésirabilité). Les membres des groupes marqués sont plus tard désavantagés dans le groupe le plus commun de chances de la vie comprenant le revenu, éducation, bien-être mental, logeant le statut, la santé, et le traitement médical ;

- La **nécessité de pouvoir** : Les auteurs soulignent également la nécessité de la puissance (sociale, économique, et politique) de **stigmatiser**.

Essentiellement, le **« stigmate social »** - ou simplement **« le stigmate »** - est la vision négative qu'autrui puissent projeter sur les personnes qui révèlent notamment leurs imperfections ou leurs problèmes. L'un des facteurs le plus importants qui rend le stigma aussi puissant est qu'à un niveau extrême, elle peut amener les gens à rejeter ou exclure autrui.

Les **représentations sociales** lié aux **processus de stigmatisation** (ex. : catégorisation sociale, profilage socioéconomique) de la pauvreté, un objet d'étude auquel peu d'attention a été accordée au Québec, sauf de façon exploratoire, soulèvent de nombreuses interrogations et avenus de recherche. La question des représentations sociales est liée à la manière d'aborder le problème.

PAUVRETE

L'intervention systématique du gouvernement dans toutes les sphères de la vie d'une personne recevant une prestation sociale (domaine du soutien au revenu) peut entrainer ses **stigmates**. Bien que le soutien au revenu sous forme de transfert en espèces remonte à la deuxième guerre mondiale, celle-ci repose en grande partie sur un souci d'équité, de compassion, d'altruisme et de solidarité sociale entre les membres les plus riches de la société et ceux qui sont indigent. Ces programmes mis en œuvre par le gouvernement vise essentiellement à fournir une prestation d'aide pour assister les familles, les enfants et les individus ; à sortir de la pauvreté et leurs éviter les conséquences négatives de la pauvreté. L'aide aux personnes socio-économiquement défavorisé aurait été mis en œuvre sous l'impulsion du gouvernement fédéral et se cristallisa sous forme institutionnelle à partir de la fin des années 1960.

« Tous les droits humains - le droit de s'exprimer, de voter, mais aussi le droit à la nourriture, au travail, à la santé et au logement - sont importants pour les pauvres, parce que le dénuement et l'exclusion sont intimement liés à la discrimination, l'inégalité d'accès aux ressources et aux opportunités et la ***stigmatisation sociale et culturelle.*** *[...] Une telle situation restreint leur capacité à participer à la vie publique, à influer sur les politiques qui les concernent et à demander réparation en cas de tort [...] Sans droits, les pauvres ont plus de mal à accéder au marché du travail, aux services et aux ressources de base. [...] La pauvreté n'est pas seulement une insuffisance de revenus et de biens matériels, c'est aussi un manque de recours, d'opportunités et de sécurité qui sape la dignité et exacerbe la vulnérabilité des individus. C'est aussi une question de pouvoir : qui le possède et qui le subit, dans la vie publique ou au sein de la famille ? Pénétrer le réseau complexe des relations de pouvoir dans les sphères politique, économique et sociale est essentiel si l'on veut comprendre des habitudes profondément enracinées et si l'on veut s'attaquer aux schémas mêmes de la discrimination, de l'inégalité et de l'exclusion qui -condamnent des générations d'individus, des communautés, des populations entières à la pauvreté*[17]*. »*

Les graves conséquences de la pauvreté sur les individus touchés, sur leur entourage et sur toute la collectivité mettent en relief la très grande pertinence pour une société de s'attaquer à la pauvreté, non seulement à cause de ses contrecoups économiques, mais également de ses incidences sociales.

Les **stigmates** sont nombreux : au sein de ceux-ci, l'origine ethnique tient une bonne place, de même que le handicap (Les réclamations auprès de la Haute Autorité de Lutte contre les Discriminations et pour l'Egalité) ; on observe d'ailleurs bien souvent que les personnes en situation de handicap font l'objet de discriminations importantes face à l'emploi (Le handicap en chiffres, 2005).

SITUATION DE HANDICAP (PHYSIQUE, MENTAL, EMOTIONNEL ET SOCIAL)

Etre en **situation de handicap** signifie dans un premier temps prendre conscience, puis ensuite connaître, d'une manière ou d'une autre, des limitations dans ses actions de tous les jours. Les inégalités qui en découlent sont à la base d'une partie des discriminations. Celles-ci touchent souvent plusieurs domaines ou sphères de la vie. Les unes découlent directement du handicap et de ses limitations, en relation avec l'environnement physique et social, et d'autres sont plutôt indirectes voire cachées car elles touchent également une partie importante de la population générale, comme le chômage et le fait de vivre seul(e).

Le traitement des personnes en **situation de handicap** (physique, mentale et social) par les institutions, l'image renvoyée par la société ainsi que les stratégies en réponse des personnes sur l'assistance sociale constituent ensemble un puissant moteur d'exclusion. Un phénomène en contre sens du but premier du MESS : la **réinsertion** ou **l'inclusion sociale**. *« Dans nos sociétés industrialisées, rompre avec l'emploi, c'est rompre avec le facteur fondamental d'intégration sociale »*

De plus, la prise de conscience du diagnostique par le sujet, dans cette situation chaotique, le nouvel *« handicapé »* doit faire face à l'évaluation des praticiens et des cliniciens pour voir la *« maladie »* reconnue comme invalidité et/ou une incapacité et/ou un handicap (physique, mental, social).

A la base, les **personnes en situation de handicap** (physique, mental, social) se voient assigner par autrui des capacités moindres. Ce phénomène, qu'on appelle **stigmatisation**, constitue un autre volet des **discriminations**. Il s'agit de l'**attribution** par la société de **stéréotypes négatifs** qui disqualifient les « *handicapés socialement* », voire moralement, et qui leur octroient une identité différente. La **stigmatisation** existe donc indépendamment des faits et gestes des personnes handicapées. Elle les touche les rencontres spontanées, et donc la communication et la socialisation.

STEREOTYPE ET DISCRIMINATION

Si la **discrimination** et la **stigmatisation** sont des phénomènes sociaux généraux, les handicapés peuvent en faire des expériences très différentes. Les caractéristiques du handicap pertinentes ici sont principalement les signes permettant d'identifier socialement le handicap, qui ne recoupent pas forcément des symptômes médicaux. Enfin, si d'autres problèmes de santé existent, ceux-ci non seulement entravent la vie quotidienne des personnes handicapées, mais peuvent également augmenter leur risque de vivre des expériences de discrimination et de stigmatisation.

Les expériences de **discrimination** et surtout de **stigmatisation** ont des effets néfastes sur différents domaines de la vie des personnes vivant une situation de handicap, particulièrement sur leur satisfaction, leur estime d'elles-mêmes, l'évaluation qu'elles font de leur santé et de leur bienêtre psychique, enfin sur leur consommation de soins. Deux aspects importants peuvent moduler cette influence : la présence d'un **réseau de soutien social** de, qui peut atténuer l'effet de la **discrimination** et de la **stigmatisation**, et les valeurs spécifiques auxquelles les personnes en situation de handicap.

Les **discriminations indirectes**, comme effets de la **stigmatisation**, sont perceptibles dans la comparaison avec la population générale. Le rejet des personnes ayant un « *handicap* » se voit, d'une part, dans le taux de personnes vivant seules, généralement autour de deux fois plus élevé que dans la population; d'autre part par la faiblesse du taux d'activité professionnelle, qui ne peut pas s'expliquer uniquement par les limitations des personnes en situation de handicap. Ainsi, Les personnes en situation de handicap connaissent de nombreuses limitations et entraine une confrontation avec l'environnement sociale, et même familiale. Les **discriminations** concernant le logement touche également cette population et avec une grande disparité selon le type de handicap. A cela s'ajoute les **discriminations** qui jouent dans les interactions moins focalisées, ou la personne en situation de handicap se sent mal traité à cause de son « **handicap** ».

Quant aux expériences de **stigmatisation**, elles sont fréquemment vécues par les personnes en **situation de handicap**. Du fait de leur handicap, ceux-ci font souvent l'expérience que leurs opinions, avis, conseils, et recommandations sont moins prises au sérieux, que certains considèrent que toute leur personnalité est atteinte, ou encore qu'ils sont mal à l'aise ou tendus, anxieux. Ainsi les trois quarts des personnes aurais mentionné avoir vécu au moins une fois de telles situations de **stigmatisation**. C'est dire que ce phénomène est très répandu et que peu de personnes en situation de handicap peuvent l'éviter.

Globalement, trois grandes catégories de facteurs contribuent à expliquer l'ampleur des expériences tant de discrimination que de **stigmatisation** vécues par les handicapés : 1er les caractéristiques de leur handicap ; 2e l'existence d'autres problèmes de santé (maladie mentale, santé mentale) ; 3e des éléments de leur **identité sociale**. Lorsque d'autres problèmes de santé s'ajoutent au à la **situation de handicap** (maladies, problème de longue durée, présence de douleurs), ils rendent également plus probables les expériences de stigmatisation surtout.

En matière **d'identité sociale**, on observe tendanciellement que le manque ou la **faiblesse des ressources sociales et culturelles** (fait de vivre seul, absence d'emploi, absence de diplôme) peut aggraver les risques de **discrimination** et plus encore de **stigmatisation**. La **stigmatisation** est liée à des signes du « *handicap* ». Or certains de ces signes deviennent plus « normaux » avec l'avance en âge. Ainsi le handicap n'est plus perçu en tant que tel mais comme une évolution normale liée à un groupe d'âge.

Si les expériences de **discrimination** marquent de façons négatives différentes sphères de l'existence des personnes en situation de handicap, ce sont surtout les expériences de **stigmatisation** qui influencent leur vie actuelle. Celles-ci sont plus diffuses, plus insidieuses, plus quotidiennes sans doute que des expériences de **discriminations** qui peuvent avoir été vécues dans des périodes spécifiques et parfois lointaines, et dont l'effet pernicieux a pu s'estomper.

Ainsi l'on observe que, quel que soit le handicap et indépendamment d'autres facteurs pouvant intervenir, les expériences de stigmatisation exercent une influence négative sur la satisfaction que les handicapés ont de leur vie, sur leur estime d'eux-mêmes, sur l'évaluation subjective de leur santé et de leur bien-être psychique.

La **stigmatisation sociale** est donc une réaction d'un groupe ou d'une société envers des personnes ou des groupes minoritaires, différents ou défavorisés (minorités ethniques, homosexuels, malades, handicapés, alcooliques, toxicomanes, chômeurs, délinquants, etc.), consistant à attribuer une étiquette qui les catégorise, entre autre, comme **déviants**.

Les personnes à la source de la **stigmatisation** éprouvent des sentiments de gêne et de ressentiment, et manifestent des comportements d'abandon, d'exclusion, de rejet, de constitution d'une brebis galeuse et de bouc émissaire. La **stigmatisation** produit chez les personnes cibles des sentiments de vulnérabilité, de honte, et des comportements de retrait, d'entraide, ou parfois d'agression. Sa **fonction sociale** est de détourner l'attention du problème posé par les personnes stigmatisées (maladie, chômage, etc.), et d'en justifier l'exclusion en les désignant comme responsables de leurs maux.

CATEGORISATION SOCIALE

L'étiquetage social, la catégorisation sociale constitue un risque inhérent en santé publique et par conséquent mieux comprendre les mécanismes du processus de stigmatisation ainsi que ses conséquences sociales sur les groupes et les individus qui en sont affectés s'avère une nécessité. Il y à dans toutes interactions un processus de **catégorisation sociale** qui est à l'œuvre avec un principe de visibilité qui fait que les personnes « hors normes » attirent plus l'attention que les autres. Quelque soit la **situation de handicap**, la personne **handicapée** est chaque jour confrontée à sa différence.

La **représentation sociale stigmatisante** du « *handicap* » produit un effet amplificateur en ce sens que la façon dont les autres nous perçoivent a un impact sur la façon dont on se perçoit soi-même. Le regard de l'autre vient donc amplifier la souffrance de la personne en situation de handicap et sa difficulté d'intégration. Malgré l'évolution des mentalités, la différence reste source d'exclusion et de rejet de la part de la société.

Pour que la personne en **situation de handicap** ne se résume pas à son « *handicap* » et à tous les **stéréotypes négatifs** qui s'y rattachent, il est essentiel de faire évoluer les mentalités en s'attaquant aux **représentations sociales erronées**.

La notion de **stigmatisation** s'inscrit dans un processus social complexe mettant en relation plusieurs autres concepts tels que l'étiquetage social et la discrimination, la déviance et la normalisation des comportements, la vulnérabilité et les rapports de pouvoir, la représentation sociale, voire même l'identité.

Les **représentations sociales**, qui fondent le « système de significations[xiv] » d'une communauté, présentent au moins trois fonctions essentielles :

- D'abord une **fonction cognitive** : c'est-à-dire qui permet de comprendre et d'expliquer la réalité (agissant comme une « grille de décryptage » d'une situation), renvoyant davantage à un savoir pratique

[xiv] Ce « système de significations » renvoie à ce que d'aucuns appellent le « sens commun », fournissant, par exemple, un certains nombre de « connaissances » sur ce qu'est une personne, sur la façon dont s'agencent les traits de personnalité, sur les différentes manières de se comporter — bonnes ou mauvaises — selon les circonstances; connaissances auxquelles on recourt pour se situer soi-même et pour définir les autres, contribuant, par conséquent, au façonnement de l'identité des membres du groupe (Ville 1996 : 1).

de sens commun. Ce savoir constitue une condition nécessaire à la **communication sociale** (Abric 1994 : 16).

- Ensuite une **fonction identitaire** : nous venons de le voir, les représentations permettent de situer les individus dans le champ social, de définir leur identité et par là, permet la sauvegarde de la spécificité des groupes; cette fonction joue un rôle essentiel dans le processus de comparaison sociale [à l'origine de l'étiquetage social] (*Idem*).

- Enfin, une **fonction d'orientation** : c'est-à-dire que les **représentations sociales** guident les comportements et les pratiques. En fait, les représentations doivent être vues comme une action sur la réalité qu'elles contribuent à construire, produisant un système d'anticipation et d'attentes, notamment par la sélection et le filtrage des informations ainsi que par les interprétations visant à rendre cette réalité conforme aux représentations; ces dernières étant « prescriptives » de comportements ou de pratiques obligés ou souhaités : elles définissent ainsi ce qui est licite, tolérable ou inacceptable dans un contexte social donné (*Idem*).

C'est à travers les **représentations sociales** et sur la base des valeurs véhiculées par la société que se mesure l'acceptabilité sociale des comportements qu'adoptent les individus. Elles contribuent, par conséquent, à la normalisation des comportements, à la **régulation sociale** et par là, elles sont essentielles au maintien de l'ordre social. Elles contribuent, par conséquent, à la normalisation des comportements, à la régulation sociale et par là, elles sont essentielles au maintien de l'ordre social.

La définition **sociale** d'un **déviant** fait donc intervenir un **processus d'étiquetage ou de catégorisation** des individus concernés. Un processus qui s'inscrit dans un rapport de pouvoir puisque, le fait d'étiqueter ou de catégoriser une personne comme **déviante** est une manifestation de pouvoir dans la perspective des différences de pouvoir qui caractérisent la structure de toute société.

Ainsi intervient la notion de **vulnérabilité**, comprise ici comme un état social d'impuissance associé à des personnes ou à des groupes présentant certaines caractéristiques qui sont perçues comme différentes de celles entrant dans la définition courante de ce qui est considéré comme « normal ».

En santé publique, on constate que les populations socio-économiquement défavorisées, souvent moins scolarisées, sont plus fréquemment ciblées comme groupes à risque : déjà fragilisées par des caractéristiques personnelles et une histoire personnelle éprouvante, les personnes ciblées vivent, le plus souvent, dans des conditions dites « fragilisantes », c'est-à-dire qui ne favorisent pas leur **intégration sociale** (pauvreté, exclusion, isolement, faible scolarité, problèmes de santé ou problèmes sociaux ayant un impact sur la santé).

La **stigmatisation** consiste en un processus par lequel les individus se trouvent marqués, étiquetés, suite à une expérience de **rejet social** : la **stigmatisation** a pour effet de réduire l'identité de l'individu à une seule facette (celle marquée par la « déviance »); la lutte contre cette étiquette qui lui est accolée devient, par conséquent, le principal obstacle à sa **réintégration sociale**.

En ce sens, l'acte d'étiqueter une personne ou un groupe ne se limite pas seulement à décrire une déviance ou une déficience, elle implique également l'attribution d'un ensemble de caractéristiques qui sont culturellement associées à cette déviance (Ville, 1999, p. 2);

En soi, un **stigmate** part d'une expression de **norme sociale et culturelle** qui façonne des relations entre les personnes conformes à cette norme et qui trace une frontière, dans la société, entre les « normaux » et les « exclus », entre « nous » et « eux » (de Bruyn, 1998, p. 2).

La perte d'estime de soi (liée aux problèmes concrets de la vie quotidienne) représente sans doute le phénomène le plus marquant chez la personne étiquetée, la stigmatisation pouvant affecter tous les aspects de la vie d'un individu : discrimination dans l'emploi, le logement ou l'assurabilité, par exemple. De plus, la situation de stigmatisé

s'accompagne d'un sentiment de culpabilité, notamment si l'individu est catégorisé de comportements à risque ou d'habitudes de vie malsaines.

STIGMATISATION ET DÉVIANCE[18]

Le « **processus de stigmatisation** » est donc le produit d'une discordance entre les attentes normatives associées à **l'identité sociale** d'un individu et son **identité réelle** (sa réalité physique et morale). Goffman souligne donc l'importance des normes et plus particulièrement des **normes identitaires**. En discréditant un comportement, on valorise implicitement le comportement opposé. L'analyse du jeu qui se met en place s'intéresse donc tout autant aux réactions sociales que le stigmate suscite qu'aux efforts du stigmatisé pour y échapper ou pour dissimuler cet attribut.

Dés lors, des stratégies différentielles de gestions de l'information se mettent en place selon que l'on est **stigmatisable** ou **stigmatisée**, stratégies qui en retour façonnent notre personnalité en introduisant une discontinuité entre notre identité privée et notre **identité sociale**.

Avec la notion de stigmate, Erwing Goffman introduit des nuances et des distinctions à la sociologie de la déviance. E. Goffman introduit un concept de **déviation** prenant l'hypothèse que « *pour comprendre la différence ce n'est pas le différent qu'il convient de regarder, mais bien l'ordinaire* » (p. 150). Cet « ordinaire » se situe dans un système de valeurs communes intériorisé pour toute la société ; c'est à partir de celui-ci que se définissent les normes et les attentes normatives. Si un individu ne rentre pas dans un système de norme, il est appelé « **déviant** ». Un individu peut-être considéré comme déviant, mais E. Goffman préfèrera parler de « déviant normal ».

Il convient d'abord de resituer la notion de **stigmatisation** dans l'ensemble des analyses sur la **déviance**. Toute **action sociale**, tout comportement individuel ou collectif, repose sur l'idée de **conformité**, c'est-à-dire de respect d'une norme. Celle-ci peut être légale — la loi interdit certains comportements et le déviant encourt une sanction en cas de violation de l'interdit posé —, issue de la morale ou encore dictée par la conscience religieuse. La déviance consiste donc en un comportement qui s'éloigne de ce qui est jugé conforme.

La **déviance**, au sens large, recouvre l'ensemble des comportements inadaptés parce que jugés comme tels par les représentations collectives. En cela, la notion de déviance ne se réduit pas aux seuls comportements criminels. Elle repose plus largement sur une analyse globale des conduites antisociales ou asociales, les unes entrant dans la sphère du droit répressif, les autres restants hors d'atteinte de la sanction pénale bien qu'elles suscitent la réprobation.

Tous les groupes sociaux instituent des **normes** et s'efforcent de les faire appliquer. Les **normes sociales** définissent des situations et les modes de comportement approprié. La notion de **déviance** a fait l'objet de nombreuses utilisations, d'approches très variées, de multiples définitions jusqu'à en être parfois vidée de son sens. La sociologie de la **déviance** implique un certain nombre de théorèmes qui cherchent à décrire exactement les tendances et les modèles au sein de la déviance sociale, et à mieux d'aider à comprendre le comportement social.

La sociologie de la **déviance** implique un certain nombre de théorèmes qui cherchent à décrire exactement les tendances et les modèles qui se trouvent en dessous de la **déviance sociale**, d'aider mieux à comprendre le comportement social. Il y a trois larges classes sociologiques décrivant le comportement déviant : *structural functionalism*; *symbolic interactionism*; and *conflict theory*.

Les sociologues américains dits de la seconde *école de Chicago* ou encore de la *théorie de la stigmatisation* (outre Lemert, il s'agit en particulier de *Erving Goffman* et *Howard Becker*, ainsi que de *Aaron Cicourel* et de *Harold Garfinkel*) ont montré qu'une **déviance** reconnue comme telle suppose un **processus de désignation ou de stigmatisation**. Ce processus peut se faire de façon formelle ou informelle. Le simple détournement du regard ou du corps constitue une **stigmatisation**. Dès lors, le **contrôle de son image** est un enjeu crucial et Goffman attire notre attention sur les innombrables adaptations que nous réalisons pour nous conformé à ce que les personnes avec lesquelles nous interagissons attendent de nous. Selon ces sociologues, la **déviance** n'est ainsi qu'un **rôle**

endossé par celui qui est **victime de la stigmatisation** des autres. Et, s'il persiste, ce rôle peut entraîner une modification de la personnalité de l'individu ainsi qu'une modification de ses **relations sociales**.

Les **conduites déviantes** sont toujours relatives à des **normes sociales changeantes**. De fait, pour qu'une situation de **déviance** existe, il faut que soient réunis trois éléments :

- L'existence d'une norme ;
- Un comportement de transgression de cette norme ;
- Un processus de stigmatisation de cette transgression.

La **déviance** est une notion de sociologie désignant des comportements en **non-conformité** avec les **normes socialement admises**. Cependant, toute conduite **déviante** n'est pas forcément négative. Une **déviance** s'écartant des normes pour s'élever vers un modèle idéal (valeurs, vertus, ...) constitue, en fait, une "déviance positive". Mais cette notion demeure aussi relative.

Howard Becker renverse cette perspective (retrouvant en cela des idées de Durkheim) en montrant que la **déviance**, loin d'être le résultat voulu ou non d'une action individuelle, est le résultat d'une **qualification** d'un acte par la société (**« labeling theory »** ou **« théorie de l'étiquetage »**)[19]. Comme le montre également Robert K. Merton avec le dispositif de l'innovation, il y a des cas où la **déviance** est socialement valorisée.

Mais l'individu, ainsi **étiqueté** peut ne pas accepter la norme selon laquelle on le juge, ou dénier à ceux qui le jugent la compétence ou la légitimité pour le faire. Il en découle un 2e sens : les juges sont étrangers à son univers (Outsiders exprime l'extériorité face à un groupe). Les normes sont + ou - formel ; et la tâche de les faire respecter, qu'elles aient la force de la loi ou de la tradition, ou qu'elles s'appuient simplement sur un consensus, peut incomber à un corps spécialisé, ou être l'affaire de tout un chacun.

La **déviance**, qui peut amener aux **situations d'exclusion**, de **ségrégation ou de marginalité**, peut donc être comprise comme un écart aux normes ou aux valeurs de la société ou du **groupe d'appartenance**. Dans l'optique de Merton, il s'agit du résultat d'une mauvaise adéquation entre les buts valorisés de la société et les moyens qu'elle met à la disposition de ses membres[20]. La **déviance** décrit les actions ou les comportements qui violent des normes culturelles incluant les règles formellement décrétées (ex. : crime) aussi bien que les **violations informelles des normes sociales** (ex. : nez-cueillette).

E. Goffman donne une définition de la **déviance** : **« *un groupe d'individu qui partage certaines valeurs et se conforme à un ensemble de normes sociales relatives à la conduite et aux attributs personnels* »**. L'auteur constate qu'un individu peut être amené à jouer le **rôle** du **normal** ou celui du **stigmatisé**. Lors des **contacts mixtes**, les individus ne sont pas des personnes concrètes mais des personnes qui jouent un **rôle de normal ou de stigmatisé**, suivant le point de vue de chacun.

Dans tout groupe social, il existe un système de valeurs et de normes d'identité. Les individus qui s'écartent de ce système sont nommés par Goffman des « dévieurs ». Il dégage pplusieurs types :

- Les déviants intégrés ;
- Les déviants sociaux ou marginaux ;
- Les minoritaires (éthiques ou raciaux) ;
- Les sous prolétaires.

Pour l'auteur, ces individus peuvent se retrouver dans le même genre de situation que les **« stigmatisés »**, en ce sens ou ils redoutent les jugements des autres et essaient d'adopter leur comportement comme le feraient les stigmatisés afin de diminuer la tension.

Le rapprochement entre la **sociologie de la santé** et la **sociologie de la déviance** mérite dans ce cadre une attention particulière notamment vis à vis des institutions médicales ou préventives amené à gérer des populations déviantes qui composent la nouvelle question sociale. L'expérience d'un handicap a une signification sociale qui s'insère dans un contexte socio-historique et des pratiques sociales.

Chaque culture génère un ensemble de représentations, croyances, conventions qui permettent à ses membres d'interpréter les événements qu'ils observent et de communiquer avec leurs semblables. Ce système de " significations " constitue une psychologie que certains qualifient de "populaire" ou de "naïve" ou encore de "sens" commun.

Ainsi, tel comportement d'un congénère pourra être "expliqué" par sa "personnalité", par ses conditions d'existence ou encore par l'emprise de forces démoniaques, selon le type de psychologie à l'œuvre.

C'est encore dans le cadre de la **psychologie populaire** que nous interprétons nos propres expériences individuelles et sociales et c'est donc à partir des mêmes représentations culturelles que nous donnons un sens à ce que nous sommes, que nous construisons notre **identité**.

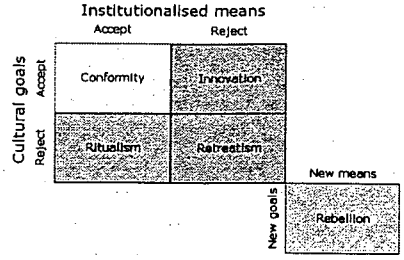
De nombreuses recherches en psychologie sociale ont montré que, dans les cultures occidentales, les individus surestiment le poids des caractéristiques personnelles et négligent les facteurs externes liés à la situation dans l'explication des comportements humains. C'est la raison pour laquelle les approches du handicap se sont majoritairement centrées sur l'individu plutôt que sur l'environnement. Si elle est biaisée, une telle conception est toutefois cohérente avec une représentation de l'individu libre, autonome et responsable de ses actes à l'œuvre dans notre psychologie populaire, représentation qui semble bien remplir une fonction sociale de maintien de l'ordre établi. En effet, considérer l'individu comme cause de son comportement permet de ne pas questionner les pratiques sociales.

L'expérience d'un handicap n'échappe pas à la psychologie populaire qui l'interprète, en envisage les conséquences sur l'individu, sa vie, sa personnalité, ainsi que les différentes façons d'y réagir.

Les **« théories de l'étiquetage »** (*labelling*) mettent en évidence les effets préjudiciables du **processus de stigmatisation.** Pour les tenants de ces théories, **« étiqueter »** une personne comme « *handicapée* » ce n'est pas seulement décrire un type de déficience, c'est lui attribuer un ensemble de caractéristiques qui sont culturellement associées à cette déficience.

C'est la personne entière, sa " personnalité ", qui sera interprétée à la lumière du handicap. En se conformant aux attentes inhérentes au stigmate, la personne entre alors dans une " carrière " de déviant et, à la déficience initiale, s'ajoute un handicap psychologique. Le fait que ce dernier soit considéré comme directement associé à la déficience vient entériner le processus. Dans cette perspective, la stigmatisation souvent reliée à l'institutionnalisation contribue à renforcer les stéréotypes et génère l'incompétence et la dépendance des personnes handicapées.

Robert K. Merton's Deviance Typology



Ainsi, la **conformité**, soit l'unité cohérente d'une société, peut être obtenue par deux formes de **solidarité sociale** extrêmes reposant soit sur la **similitude**, soit sur la **différenciation**. Toutefois, tout comportement **déviant** ne résulte pas nécessairement d'une volonté consciente, pensée ou conceptualisée, car la **déviance** ne s'analyse pas nécessairement comme la simple expression d'une opposition frontale à l'ordre social existant. La **norme** sans être **illégitime** peut se caractériser par l'absence d'une référence explicite et non univoque, absence qui encourage la **déviance**.

Si la **délinquance** se définit comme la transgression des normes légales, la **déviance**, phénomène plus général qui n'est pas nécessairement sanctionné par la société est le non-respect des normes, quelles soient ou non légales. On peut s'intéresser à la déviance du point de vue de la caractérisation des conduites, afin d'en dresser une typologie.

Cette définition permet à l'auteur de *Social theory and social structure* (1949) d'identifier quatre formes de **déviance** :

- **L'innovation**, qui consiste à poursuivre un but légitime au moyen de procédés illégaux : il y a, dans l'histoire de France, bon nombre d'hommes politiques charismatiques (Napoléon, de Gaulle...) qui, dans l'intérêt supérieur du pays, ont utilisé des moyens discutables, en tout cas non reconnus par tous à l'époque considérée, pour conquérir le pouvoir ;

- **Le ritualisme**, qui consiste à respecter scrupuleusement les règles en oubliant les objectifs de l'institution : c'est le cas, bien connu en France, du fonctionnaire qui applique le règlement à la lettre ;

- **L'évasion**, qui consiste à renoncer aux buts et aux moyens proposés par la société, tel le clochard qui se met en marge de **l'organisation sociale** ;

- **La rébellion**, qui consiste à promouvoir des buts nouveaux par des moyens également nouveaux : le révolutionnaire qui veut faire table rase du passé entre, évidemment, dans ce registre.

Mais la **déviance** ne s'interprète pas seulement comme une transgression de normes établies et inamovibles ; c'est aussi le regard des autres qui participe à la construction de la **déviance**. L'idée selon laquelle il faut prendre en compte les **interactions sociales** pour mieux appréhender un phénomène apparaît déjà sous la plume de *Georg Simmel*, un des pères fondateurs de la sociologie.

STIGMATISATION ET SANTE MENTALE : PSYCHIATRIE CITOYENNE

Grâce à cette alternative psychiatrique et citoyenne (Roelandt et Desmonds, 2002) basée sur une « co-thérapie relationnelle » où elles développent leurs capacités d'auto guérison, les personnes peuvent accéder à une réhabilitation psycho-sociale, car elles sont remises dans une logique responsabilisante et valorisante de dette citoyenne mutuelle.

Il s'agit nouvelle manière d'être avec les personnes souffrant de troubles d'origines psychiques, physiques ou sociales, dans un but de prévention de l'exclusion dont elles sont menacées. Il s'agit de recréer le chemin manquant entre le champ psychiatrique, social et la société.

DE LA « JUDICIARISATION » DU SOCIAL

DU PHENOMENE SOCIAL

Pour lire un phénomène social, il s'agit réfléchir tant aux **représentations sociales** qu'aux **pratiques sociales** dont fait l'objet le phénomène d'étude. La lecture des éléments entourant la prise en charge des **problématiques sociétales** constitue une des manières plus éclairantes pour comprendre la construction et le **tissage du tissu social** ; elle se penche sur les dynamiques relationnelles entre humains et groupes humains. La définition, l'application et l'analyse des effets des politiques sociales jouent un rôle primordial afin de guider les diverses types d'interventions sociales dans la prise en charge de phénomènes sociaux problématiques.

La philosophie, la psychologie, la sociologie, l'anthropologie et l'ethnologie constituent autant de point d'ancrage complémentaire permettant de saisir d'une part, comment s'élabore et s'entretiennent les rapports sociaux entre les différents groupes humains intégré et marginales (et marginalisés : processus de marginalisation) et la cité, et d'autre part, les significations que prennent ces rapports dans l'espace médiatique et publique dans notre cité.

Il y a donc « le phénomène en soit » et « la perception de ce phénomène ». Peut-on également négliger l'expérience humaine dans un contexte d'humanisation. Doit-on rendre l'observation de phénomènes sociétales qu'aux scientifiques de notre cité.

Certains groupes humains perçoivent des phénomènes sociétales alors que leurs membres vivent ces phénomènes. Ces membres racontent ce qu'ils vivent au groupe humain et ces groupes humains rapportent ce qu'ils colligent et produisent des recommandations. Toutefois, pourquoi un membre d'un groupe ne pourrait-il pas à titre de citoyen de faire état d'un phénomène social. Pourquoi se regroupé s'il faut nécessairement produire une étude de recherche. Pourquoi faut-il être dix milles pour crier ce que peux voir un homme ?

DE LA JUDICIARISATION

La « judiciarisation du social » est l'illustration d'un changement des mentalités et des représentations sociales.

De manière générale, **la judiciarisation** peut se définir comme le processus au cours duquel « *un traitement juridique ou judiciaire se substitue à un autre mode de régulation sociale*[xv] ». Après le déclin de **l'autorégulation sociale** par des institutions traditionnelles tel la famille et l'école, une partie de la **régulation sociale** semble aujourd'hui se déplacer de l'Etat Providence vers la sphère judiciaire. Ici le terme « société de droit » prend le sens ou la société est régie et régulée en grande partie par le droit, *comme résultat d'un processus de* ***judiciarisation***.

Antoine Garapon parle de « *juridictionnalisation de la vie collective* » pour désigner ce phénomène dans lequel « *Le juge se manifeste – voire contrôle – dans un nombre de secteurs de la vie sociale chaque jour plus étendu*[xvi] ».

La judiciarisation du social est-elle une conséquence de la crise de représentation actuelle, et le droit une source légitime de **revendication sociale** ? Le judiciaire prend-t-il le pas sur le politique, en s'imposant dans un nombre croissant de sphères ? Et qui sont les acteurs et décideurs impliqués, habilités à faire valoir, ou pas, les intérêts d'une minorité par l'usage du droit ?

Le droit est ainsi privilégié et mobilisé et ipso facto devenant le mode d'intervention judiciaire qui bénéficie d'une efficacité spécifique dans la mesure où il permet une « *probité sociale* ». Ainsi, loin des schémas habituels des manifestations bruyantes dans les rues, les luttes judiciaires ont démontré d'un combat mené efficacement sur le terrain judicaire, avant même la lutte par la grève et la manifestation, est dès plus efficace.

[xv] Jean, Jean-Paul, « *La judiciarisation des questions de société* », Après-demain, 398, oct-nov 1997, p. 21.
[xvi] Antoine Garapon, « *Le vocabulaire de la démocratie* », Revue administration : « *Le Préfet et l'ordre public* », n°173, octobre-décembre 1996, p.32.

DE LA DYSLEXIE

En ce qui concerne la dyslexie, Des parents demande plus d'aide de la part de la commission scolaire des Grandes-Seigneuries et du ministère de l'Éducation afin de mieux dépister et encadrer leurs enfants atteints de dyslexie. Une requête pour autorisation d'exercer un recours collectif et pour être représentants dont les membres du groupe représente : « *Toutes les personnes qui fréquentent en date de la présente requête ou ont fréquenté au cours des onze dernières années, une école d'une des commissions scolaires intimées, et qui sont atteintes de dyslexie, ainsi que, le cas échéant, leurs parents, tuteurs ou ayant droits* » à été introduite en date du 28 novembre 2003. Plus de quatre années ont passé depuis que des parents ont intenté une poursuite judiciaire contre plusieurs paliers du système scolaire québécois. Le dossier est toujours entre les mains de la justice et aucun changement n'a été apporté.

Faute d'un encadrement spécifique à leurs besoins, ces enfants font, dans la plupart des cas, face à des échecs répétitifs et se retrouvent dans des classes spécialisées en troubles d'apprentissage et de comportement alors que leur problème est tout autre. La roue tourne, le jeune plonge encore plus dans la dyslexie et apparaissent ainsi une foule d'autres symptômes, une situation difficile pour les petits et leurs parents, qui peinent à la comprendre.

LE CAPITAL HUMAIN DÉTERMINE-T-IL L'INNOVATION?

Le **capital humain** est en fait l'ensemble des aptitudes, talents, qualifications, expériences accumulés par un individu et qui déterminent en partie sa capacité à travailler ou à produire pour lui-même ou pour les autres. Le **capital humain** se définit comme l'ensemble des capacités productives qu'un individu acquiert par accumulation de connaissances générales ou spécifiques, de savoir-faire, etc.

Le concept de « **capital humain** » est développé pour la première fois en 1961, par l'économiste américain Theodore Schultz qui l'exprime en ces termes : « *Alors qu'il apparaît évident que les individus acquièrent des savoir-faire et des savoirs utiles, il n'est pas si évident que ces savoir-faire et savoirs constituent une forme de capital [et] que ce capital soit pour une part substantielle le produit d'un investissement délibéré.* » A partir de 1965, *Gary Becker* approfondit le concept et le vulgarise, obtenant en 1992 le prix Nobel d'économie pour son développement de la théorie du capital humain. Des chercheurs en gestion comme Flamholtz et Lacey, dès 1980, ou plus tard Lepak et Snell contribuent alors à la diffusion de la théorie et à son utilisation pratique.

Le « **capital humain** » est un concept large, qui revêt de multiples facettes, et recouvre différents types d'investissement dans les ressources humaines. La santé, l'éducation et l'alimentation, par exemple, constituent certainement un aspect important de cet investissement.

LE CAPITAL SOCIAL DÉTERMINE-T-IL L'INNOVATION?

La « **théorie du capital social** » est devenue très populaire en **sociologie contemporaine**. On a cependant accordé beaucoup plus d'attention aux conséquences positives de l'accumulation de **capital social** qu'aux obstacles et aux échecs rencontrés par ceux qui tentent d'accéder à de telles ressources et de les développer. Le **capital social** est l'un des **facteurs humains** positifs qu'une organisation se doit de mettre en place.

Dans la société du savoir, l'innovation dans les produits et les services requiert la combinaison de plusieurs formes de connaissances détenues par différentes catégories d'acteurs. Selon Lengrand and Chatrie (1999, p. 14): « *Productivity is no longer seen as an "additional productivity of operations" but rather as a "systemic productivity of relations" where a firm's competitiveness depends on the productivity of its "interfaces" or "interactions." These new criteria require a new organizational and functional paradigm where the performance of firms depends on the density and pertinence of relations and cooperation between the actors of the productive system (other firms, suppliers, financiers, research institutions, education, regional development agencies, etc.) through collaborative networks and clustering. Thus, knowledge networks represent a further step, where capacities and rights to access a value located outside the company are developed.* » L'hypothèse générale de la **théorie du capital social** en ce qui concerne l'innovation dans les produits et les services est que : « *Firms in communities with a large stock of*

social capital will... always have a competitive advantage to the extent that social capital help reduce malfeasance, induce reliable information to be volunteered, cause agreements to be honored, enable employees to share tacit information, and place negotiators on the same wave-length. This advantage gets even bigger when the process of globalization deepens the division of labor and thus augments the needs for co-ordination between and among firms. » (Maskell, 1999, p.7).

Le **capital social** est un concept dans la gestion d'affaires, de sciences économiques, de comportement d'organisation, de science politique, de santé publique, de sociologie et de ressources naturelles qui se réfère à des interrelations à l'intérieur et entre les réseaux sociaux aussi bien que des interrelations parmi des individus.

Le **capital social** renvoie aux ressources qui découlent de la participation à des réseaux de relations qui sont plus ou moins institutionnalisés (Bourdieu, 1980; Coleman, 2000; Portes, 1998; Putnam, 2000). Le **capital social** est un concept émergeant qui tente de définir et de mesurer la force des **réseaux sociaux** au sein d'une société donnée à un moment déterminé. Le **capital social** peut exister sous trois formes génériques principales, la confiance, les normes et les réseaux (Dasgupta et Serageldin, 2000; Fountain, 1998; Lesser, 2000; Putnam, 1993).

Les origines du **concept de capital social** remontent aux années 1970 et sont souvent associées aux études menées par Coleman (1990) et par Putnam (1993). En essayant de trouver des facteurs autres qu'économiques pour expliquer la réussite de certains processus économiques, ces auteurs font appel à des concepts tels que la confiance, la participation de la société civile et les réseaux sociaux, le tout formant le « **capital social** » d'une collectivité donnée.

Selon Robert Putnam, auteur de Bowling Alone: *The Collapse and Revival of American Community* (2000) le **capital social** est une composante clé de l'établissement et du maintien de la démocratie et « *se réfère à la valeur collective de tous les "réseaux sociaux" et les inclinations qui résultent de ces réseaux pour faire des choses l'un pour l'autre* ». Putman écrit : « *L'idée centrale est très simple : les réseaux sociaux ont une valeur. [...] les réseaux sociaux peuvent représenter un actif puissant tant pour les individus que pour les communautés d'individus.* »

Une société où les individus n'auraient pas d'autres relations que celles induites par les obligations de production et de consommation aurait ainsi un **capital social faible**, voire nul. À l'inverse, aurait un **capital social élevé** une société où les individus, par l'existence et le dynamisme des familles, des associations, des églises, des groupes communautaires et des rencontres informelles de voisinage par exemple, entrent très souvent en contact et peuvent s'entraider d'une manière ou d'une autre.

Le **capital social** existe donc à l'échelle des individus, des groupes et des sociétés. Les **indicateurs d'évaluation** du **capital social** ne font pas l'objet d'un consensus. Il existe aussi différents types de **capital social** : « *[...] il nous faut faire la différence, dit Putman, [...] entre le capital social « fermé » (il s'agit alors de liens entre des gens qui présentent des similitudes d'origine ethnique, d'âge, de classe sociale ou autres) et le capital social « ouvert » qui désigne des liens transversaux par rapport aux différentes directions des clivages sociaux.* »

« Ce qu'il faut retenir, dit Putman, *c'est que les **réseaux sociaux** peuvent représenter un actif puissant tant pour les individus que pour les communautés d'individus.* »

L'innovation y est considérée comme :

- Un processus, plus particulièrement comme un processus de résolution de problème plutôt que comme un événement technologique (Dosi, 1982);
- Un processus qui survient principalement au sein des entreprises, non au sein des agences et laboratoires gouvernementaux;
- Un processus interactif impliquant des relations entre les firmes et les différents acteurs de leur environnement (Kline and Rosenberg, 1986). Ces relations sont à la fois formelles et informelles et insèrent les firmes dans des réseaux;

- Un processus d'apprentissage diversifié. L'apprentissage peut résulter du learning-by-using, learning-by-doing, learning-by-sharing (Rosenberg, 1982;; Lundvall 1988, 1995). L'apprentissage peut résulter de sources de connaissances internes ou externes aux firmes (Dogson, 1991). L'apprentissage de sources externes renvoie à la capacité d'absorption du savoir des firmes. (Cohen and Levinthal, 1990);

- Un processus impliquant l'échange de savoir codifié et de savoir tacite (Patel and Pavitt, 1994). L'échange de savoir codifié est essentiel mais insuffisant;

- Un processus interactif (Johnson, 1992; Lundvall, 1992) d'apprentissage et d'échange où l'interdépendance entre les acteurs engendre un système, un système 'innovation (Acs, 2000; Braczyk, Cooke, and Heidenreich, 1998; Cooke et al, 2000; de la Mothe and Paquet, 1998; Edquist, 1997; Edquist and Hommen, 1999; Holbrook and Wolfe, 2000; Landry and Amara, 1998; Niosi, 1993), un système social d'innovation (Amable, Barré and Boyer, 1997), un "milieu innovateur (Maillat, 1995; Storper, 1997) ou une grappe d'innovation (Porter, 1999; 2000).

L'émergence de cette nouvelle conception de **l'innovation** a considérablement renouvelé les **théories de l'innovation**. Les explications de **l'innovation**, qui étaient fondées jusqu'à récemment sur la combinaison de diverses formes de *capital physique*, accordent désormais une place de plus en plus considérable aux diverses formes que prend le **capital social**.

Le Bas, Picard et Suchecki (1998, p. 628-629) : « *Les relations technologiques et/ou scientifiques construites à l'occasion de l'interaction de la firme avec son environnement constituent un élément déterminant non seulement pour la mise en œuvre du processus d'innovation, mais également pour son succès. La capacité de la firme à emprunter ces connaissances est fonction de son aptitude à s'immerger dans des réseaux, à entrer en contact, par le biais de quelque intermédiaire que ce soit, avec d'autres entreprises, avec des centres de recherche, des instituts, des universités, des organismes publics de transfert ou de valorisation de la technologie. Ainsi, l'immersion d'une firme dans un réseau participe avec l'investissement en R&D interne à la performance technologique de la firme. Nous pensons également que cette immersion peut expliquer le succès commercial de l'innovation.* ».

La confiance se développe dans le temps à travers des interactions répétées. D'après Knack et Keefer (1997, p.1252): « *Individuals in higher-trust societies spend less to protect themselves from being exploited in economic transactions. Written contracts are less likely to be needed, and they do not have to specify every possible contingency. Litigation may be less frequent. Individuals in high-trust societies are also likely to divert fewer resources to protecting themselves-through tax payments, bribes, or private security services and equipment—from unlawful (criminal) violations of their property rights. Low trust can also discourage innovation. If entrepreneurs must devote more time to monitoring possible malfeasance by partners, employees, and suppliers, they have less time to devote to innovation in new products or processes.* »

LE DOGMATISME

« [...] *La* ***participation sociale*** *implique un échange réciproque entre l'individu et la collectivité ; elle met en cause, d'une part, la responsabilité collective de permettre à tous de participer activement à la vie en société et, d'autre part, la responsabilité individuelle d'agir en citoyen responsable* [...][21] ».

Processus de production du handicap (PPH), cadre conceptuel qui s'inscrit dans une perspective de quête de l'autonomie, la participation sociale est définie comme étant « *une activité courante ou un rôle social valorisé par la personne ou son contexte socioculturel selon ses caractéristiques (l'âge, le sexe, l'identité socioculturelle, etc.). Elle assure la survie et l'épanouissement d'une personne dans la société tout au long de son existence*[22] ».

La classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé,

DE LA BIBLIOTHEQUE

...

DE L'IMMIGRATION ET DE L'ACCES À UN TRAVAIL OU À UN LOGEMENT DÉCENT

De nombreux étudiants (y compris des étudiants de l'étranger) semblent s'être tournés vers les maisons de chambres en raison du coût supérieur des logements sur les campus. Les récents immigrants au Canada qui ne sont pas encore établis utilisent également les maisons de chambres. Certains résidents ont les moyens de s'offrir.

L'accès au marché du travail représente un casse-tête pour une majorité d'immigrants. Il y a de ceux qui changent de branche pour éviter un long retour en classe et de ceux qui reprennent le chemin des salles de cours pour plusieurs années. La reconnaissance des diplômes acquis dans leur pays demeure un écueil de taille. Beaucoup se retrouve sur l'assistance sociale.

DE L'ACCÈS À L'AIDE JURIDIQUE

De nombreuses personnes en difficulté ont besoin de l'aide juridique pour défendre leurs droits fondamentaux, sans y avoir accès. Également, pour ces personnes, si elle parviennent a obtenir les services de l'aide juridique, la qualité des dossiers.

"*Les citoyens doivent avoir les moyens de recourir aux tribunaux et doivent satisfaire leurs attentes légitimes d'efficacité. Fini le temps des procédures interminables. Bienvenue au langage clair et concis. Dans certains cas et à certaines étapes, l'oralité plutôt que l'écrit permettrait d'économiser beaucoup de temps. Les règles de procédure civile des tribunaux doivent être au service des droits des citoyens, et ne pas constituer des embûches. Les enjeux doivent être circonscrits et la longueur des débats proportionnels aux montants en litige. En somme, quand une cause est simple, la procédure doit être simple alors qu'actuellement, elle est souvent la même que pour une cause très complexe. En simplifiant es procédures, il en résultera nécessairement une réduction des coûts*". C'est en ces termes que le bâtonnier du Québec, Me J. *Michel Doyon* résume les recommandations du *Barreau du Québec*, suite à la réforme du *Code de procédure civile du Québec*, présentement évaluée en commission parlementaire (Février 2008).

DE LA POLICE CIVIL

DISCONTINUED

DU LOGEMENTS ET DES MÉNAGES LOCATAIRES À FAIBLE REVENU

Le nombre de Canadiens pauvres a augmenté de 200 000 depuis 1990, pour atteindre aujourd'hui les 3,4 millions. Les revenus des ménages à faible revenu semblent se maintenir à la baisse, mais depuis 1990, le niveau d'endettement a simultanément augmenté sept fois plus vite que les revenus. Notons que le fardeau moyen de la dette totale a dépassé le chiffre record de 80 000 $ par ménage, ce qui équivaut à 131 % du total de ses revenus. Notons également que près de 800 000 enfants de moins de 18 ans vivant dans la pauvreté, ce qui constitue également une tendance à la baisse.

DROIT AU LOGEMENT VERSUS DROIT DE PROPRIÉTÉ

Le respect de la dignité humaine se traduit nécessairement par la possibilité de se loger. Celui-ci répond à des besoins psychologiques profondément enracinées d'un espace personnel et privé; à des besoins physiques de sécurité et de protection contre les intempéries; à des besoins sociaux de lieux de rencontre où d'importantes

relations se forgent et se nourrissent. Dans beaucoup de sociétés la maison remplit l'importante fonction de centre économique où s'accomplissent des activités commerciales essentielles.

L'importance du logement pour le bien-être humain et la survie est universellement reconnue. Le droit à un logement adéquat offre ainsi un paradigme unique de suivre des mesures prises par les États pour répondre aux exigences des citoyens en matière de logement ainsi que de leur détermination à promouvoir ce droit humain fondamental.

LE LOGEMENT COMME DROIT HUMAIN – NORMES INTERNATIONALES ET RÉGIONALES

Le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels a été adopté par l'Assemblée générale des Nations Unies le 19 décembre 1966. Le Canada a adhéré au Pacte le 19 mai 1976. Le Cinquième rapport du Canada sur le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels couvre la période allant de septembre 1999 à décembre 2004.

« *Pacte International Relatif Aux Droits Economiques, Sociaux Et Culturels* » énonce le **droit à un logement adéquat** et est fondé et reconnu par la loi internationale. Énoncé à l'article 25 de la *Déclaration universelle des droits de l'homme*, le **droit à un logement adéquat** a été inscrit dans d'autres traités internationaux majeurs des droits humains.

La **reconnaissance** par un « *État du droit au logement* » signifie plutôt que l'État:

- s'engage à s'efforcer par tous les moyens appropriés à faire en sorte que chacun bénéficie d'un logement abordable et acceptable ;
- s'engagera à prendre toute une série de mesures pour affirmer sa politique de reconnaissance légale de tous les aspects constitutifs du droit au logement ;
- préservera et améliorera des maisons et des quartiers plutôt que de les endommager ou de les raser.

De plus, des individus, tout comme des familles, ont droit à un logement adéquat sans considération d'âge, de situation économique, de groupe, de statut et d'autres facteurs. En particulier la jouissance de ce droit ne doit faire l'objet d'aucune forme de discrimination. Le droit au logement ne devrait pas être interprété dans un sens étroit et restrictif. Il devrait être vu comme un droit de vivre quelque part, en sécurité, dans la paix et la dignité. Il devrait être assuré à toutes les personnes, sans tenir compte des revenus ou d'accès aux ressources économiques.

Tandis qu'il reconnaissait que des facteurs sociaux, économiques, culturels, climatiques, écologiques et autres déterminent ce qui est acceptable, on identifiait ce qui suit comme les composants essentiels de ce qui est adéquat :

- **la sécurité légale de l'occupation** : Elle garantit, peu importe les formes diverses d'occupation – la location (par le secteur public ou privé), la copropriété, le bail, la propriété, l'hébergement d'urgence et l'occupation précaire – la protection légale contre l'expulsion, le harcèlement et autres menaces.;
- **l'existence de services, matériaux, équipements et infrastructures** : Un logement convenable doit comprendre certains équipements essentiels à la santé, à la sécurité, au confort et à la nutrition.;
- **la capacité de paiement** : Le coût financier du logement ne peut menacer ni compromettre la satisfaction d'autres besoins fondamentaux comme la nourriture, les vêtements, l'accès à des soins de santé, etc. Les États parties devraient donc faire en sorte que les coûts afférents au logement ne soient pas disproportionnés aux revenus ;
- **l'habitabilité** : Le logement doit offrir l'espace convenable, permettant suffisamment d'intimité, la protection contre le froid ou la chaleur, l'humidité, la pluie, etc., les risques dus à des défauts structurels et les vecteurs de maladies. La sécurité physique des occupants doit également être garantie ;

- **la facilité d'accès** : Le logement convenable doit être accessible à tous les groupes, sans discrimination. Les groupes défavorisés doivent bénéficier d'une certaine priorité en matière de logement. Tant la législation en matière de logement que son application devraient prendre pleinement en considération les besoins spéciaux de ces groupes tels que les personnes âgées, les enfants, les personnes handicapées physiques, les incurables, les personnes séropositives, les personnes ayant des problèmes médicaux chroniques, les personnes ayant des problèmes de santé mentale, les victimes de catastrophes naturelles et d'autres groupes devraient bénéficier d'une certaine priorité en matière de logement. Tant la législation en matière de logement que son application devrait prendre pleinement en considération les besoins spéciaux de ces groupes;

- **l'emplacement** : Un logement convenable doit se situer en un lieu où existent des possibilités d'emploi, des services de santé, des établissements scolaires, des centres de soins pour enfants et d'autres services sociaux. Cela est notamment vrai dans les grandes villes et les zones rurales où le coût (en temps et en argent) des déplacements pendulaires risque de peser trop lourdement sur les budgets des ménages pauvres. De même, les logements ne doivent pas être construits sur des emplacements pollués ni à proximité immédiate de sources de pollution qui menacent le droit à la santé des occupants ;

- **le respect du milieu culturel** : L'architecture, les matériaux de construction utilisés et les politiques en la matière doivent permettre d'exprimer convenablement l'identité culturelle et la diversité dans le logement. Dans les activités de construction ou de modernisation de logements, il faut veiller à ce que les dimensions culturelles du logement ne soient pas sacrifiées et que, si besoin est, les équipements techniques modernes, entre autres, soient assurés.

Le besoin de donner la priorité aux entités groupales qui vivent dans des conditions socioéconomiques défavorables, et a noté que les politiques et les lois ne devraient pas profiter à des groupes déjà avantagés socialement, et ce, au détriment des autres. Il a reconnu que les crises économiques entrainées par des facteurs exogènes et même endogènes pouvaient peser sur le droit. Quoiqu'il en soit, il a souligné que « *les obligations découlant du Pacte gardent la même force et sont peut-être encore plus pertinentes en période de difficultés économiques* ». Il serait contraire aux obligations dictées par le Pacte que les conditions de vie et de logement se dégradent à cause de la politique et des dispositions législatives prises par les États parties.

Les expulsions forcées, vont « *de l'éviction permanente ou temporaire, contre leur volonté et sans qu'une protection juridique ou autre appropriée ait été assurée, de personnes, de familles ou de communautés de leurs foyers ou des terres qu'elles occupent.* »

Les expropriations forcées manifestement ne respectent pas les droits garantis par le PIDESC. De plus, la pratique des expulsions forcées peut conduire à « *des atteintes aux droits civils et politiques, tels que le droit à la vie, le droit à la sécurité de sa personne, le droit de ne pas faire l'objet d'immixtions arbitraires dans sa vie privée, sa famille ou son domicile et le droit au respect de ses biens* »

« *Les femmes, les enfants, les jeunes, les personnes âgées, les populations autochtones, les minorités ethniques, les personnes handicapés ou en situation de handicap et autres ainsi que les personnes et groupes vulnérables, souffrent plus que les autres de la pratique des expulsions forcées* ».

D'autres stratégies clés destinées à l'action en faveur du droit à un logement adéquat peuvent comprendre:

- la recherche ;
- l'éducation ;
- le suivi ;
- la mobilisation ;

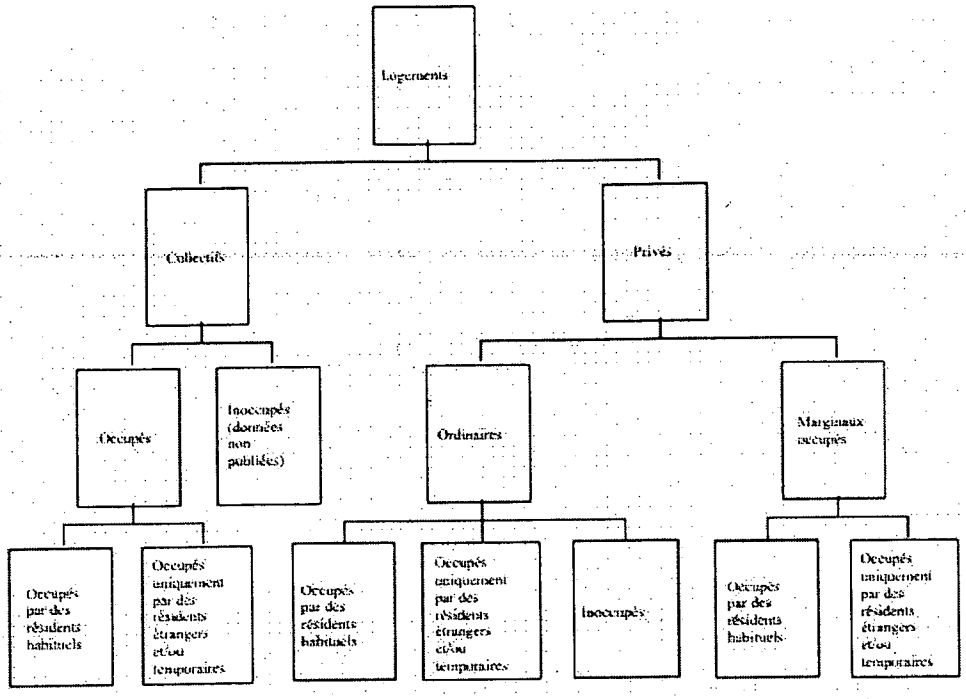
- la participation (réseau de voisinage) ;
- la négociation ;
- la création de groupes de pression ;
- la collaboration intersectorielle ;
- le développement d'un modèle de plans nationaux pour le logement ;
- l'analyse budgétaire.

Le **logement social** en tant que service d'intérêt général est représenté par les **services de logement** qui :

- répondent aux défaillances du marché du logement ;
- visent les personnes qui ne peuvent espérer trouver un logement raisonnable dans le cadre du marché privé du logement par leurs propres moyens ;
- sont fournis aux usagers finaux par l'intermédiaire d'un organisme (public ou privé) ;
- sont alloués aux usagers finaux sur base de critères d'attribution bien définis ;
- offrent des logements qui correspondent à des normes adéquates et régulièrement contrôlées ;
- sont fournis avec des subventions publiques ;
- sont fournis sans but lucratif ou sur base d'un profit limité ;
- sont suivis et contrôlés par les autorités publiques.

L'HABITABILITÉ

DÉFINITIONS SELON STATISTIQUES CANADA



Source : Statistique Canada, Programme des domaines spécialisés du recensement.

LOGEMENT PRIVÉ

Selon statistique Canada, la définition d'un logement privé relève d'un « *Ensemble distinct de pièces d'habitation ayant une entrée privée donnant sur l'extérieur ou sur un corridor, un hall, un vestibule ou un escalier commun à l'intérieur. L'entrée doit donner accès au logement sans que l'on ait à passer par les pièces d'habitation de quelqu'un d'autre. Le logement doit répondre aux deux conditions qui le rendent propre à l'habitation durant toute l'année :*

1. *avoir une source de chauffage ou d'énergie (comme en atteste la présence d'une cheminée, de fils électriques, de tuyaux ou compteurs pour l'huile [mazout] ou le gaz, d'une génératrice, de bois de chauffage, d'ampoules électriques, d'une thermopompe, de panneaux solaires, etc.);*

2. *fournir un espace clos permettant de s'abriter des intempéries (comme en atteste la présence de murs d'enceinte et d'un toit ainsi que de portes et fenêtres offrant une protection contre le vent, la pluie et la neige).*

Pour les besoins du recensement, on classe les logements privés comme logements privés ordinaires et logements marginaux occupés. Les logements privés ordinaires se subdivisent en trois grandes catégories : les logements occupés (par des résidents habituels), les logements occupés par des résidents étrangers et/ou temporaires et les logements inoccupés. Les logements marginaux sont classés comme logements occupés par des résidents habituels ou comme logements occupés par des résidents étrangers et/ou temporaires. Les logements marginaux inoccupés le jour du recensement ne font pas partie du parc immobilier. »

Types de **logements collectifs** :

- Hôtel, motel et maison de chambres pour touristes : Établissement commercial habituellement construit en vue d'héberger de façon temporaire des personnes en voyage d'affaires ou d'agrément.

- Pension et maison de chambres : Établissement commercial (qui peut être un logement privé réaménagé) ayant des chambres meublées à louer. Le recenseur peut déterminer qu'il s'agit d'une pension ou d'une maison de chambres grâce à une enseigne ou en s'adressant à la personne qui en a la charge, à un résident, à un voisin, etc.

- Refuge pour personnes sans adresse fixe : Établissement pour personnes sans adresse fixe, y compris les centres d'hébergement pour personnes sans adresse fixe, les refuges pour sans-abri et les refuges pour jeunes de la rue et jeunes en difficulté.

- Autres refuges et maisons de chambres et pensions offrant des services d'aide : Établissements pour personnes ayant besoin d'un abri ou d'une aide, y compris les refuges pour femmes, les maisons de transition publiques ou privées, les maisons de transition pour ex-détenus ou personnes en libération conditionnelle.

- Résidence scolaire et résidence de centres de formation : Un ou plusieurs bâtiments qui servent habituellement à l'hébergement des étudiants qui fréquentent un établissement d'enseignement ou un centre de formation, par exemple, un pensionnat, un collège ou une université. Ces bâtiments peuvent être situés sur le terrain de l'établissement ou ailleurs, et ils peuvent héberger d'autres personnes que des étudiants le jour du recensement.

- YM/YWCA, refuges et autres établissements avec services d'hébergement temporaires : Bâtiment ou installation d'hébergement pour des personnes de passage ou sans domicile fixe, ou pour des personnes en voyage d'agrément, qui peut également héberger des résidents habituels dans la mesure où ces derniers considèrent qu'ils n'ont aucun domicile habituel.

- Terrain de camping et parc : Installation d'hébergement pour des personnes de passage ou sans domicile fixe, ou pour des personnes en voyage d'agrément.

- Camp de chantier, résidence pour travailleurs et plate-forme pétrolière en mer : Logement offert aux travailleurs d'une industrie telle que l'exploitation minière, l'abattage du bois ou la construction hydroélectrique, qui est ordinairement situé dans une région éloignée. Il s'agit habituellement de baraquements, de tentes, de remorques, etc.

- Établissement religieux : Établissement, tel qu'un couvent ou un séminaire où logent les membres d'une communauté religieuse.

- Foyer collectif pour enfants et adolescents : Établissement institutionnel qui offre des services d'hébergement aux enfants sous tutelle judiciaire ou qui ont besoin d'un refuge ou de services d'aide.

- Foyer et centre de traitement pour les enfants ayant des troubles psychiatriques ou une déficience développementale : Établissement qui offre des services d'hébergement et d'aide aux enfants ayant des troubles psychiatriques ou une déficience développementale, y compris les foyers collectifs ou les centres de traitement pour enfants présentant un des troubles du développement ou des troubles psychiatriques.

- Hôpital général et hôpital assurant des soins d'urgence : Établissement qui offre des services de diagnostic et des traitements médicaux ou chirurgicaux aux malades et aux blessés. Sont inclus dans cette catégorie les hôpitaux généraux, les maternités, les centres ambulatoires, etc.

- Autres hôpitaux et établissements connexes : Établissements qui offrent des services de diagnostic et des traitements pour un nombre restreint de maladies ou de blessures ou qui fournissent un vaste

éventail de services à des personnes faisant partie d'un groupe d'âge particulier. Sont inclus dans cette catégorie les hôpitaux psychiatriques, les hôpitaux pour malades chroniques, les hôpitaux pour enfants, les hôpitaux pour personnes âgées, les centres de traitement du cancer, etc.

- Établissements pour personnes ayant une incapacité : Établissement qui offre des soins et des traitements aux handicapés physiques.

- Colonie huttérite : Groupe de personnes de religion huttérite qui vivent dans des logements appartenant à la collectivité et exploitent leur terre à des fins agricoles.

- Établissement de correction et établissement pénitentiaire : Établissement fédéral ou provincial où les pensionnaires (adultes pour la plupart) sont incarcérés pour une période prolongée et qui offre un programme quelconque de réadaptation.

- Établissement pour délinquants et jeunes contrevenants : Établissement ou foyer où sont gardés en milieu ouvert ou fermé les mineurs qui attendent leur procès, qui font l'objet d'une ordonnance de la cour ou qui ont été reconnus coupables d'un délit.

- Prison : Établissement rattaché à une municipalité ou à un comté et où les pensionnaires (adultes pour la plupart) sont incarcérés pour une courte période. Les prisons peuvent être administrées par un corps policier, par une municipalité ou par les autorités provinciales.

- Lieux de détention de la police : Lieux où sont détenues pendant une courte période par la police des personnes qui attendent de comparaître devant le tribunal, d'être transférées dans un autre établissement ou d'être libérées. Un lieu de détention de la police est en général administré par un corps policier dans un poste de police sous l'autorité des pouvoirs municipaux, régionaux, provinciaux ou fédéraux. Les personnes peuvent avoir été accusées d'une infraction ou non. Elles peuvent être des adultes ou des jeunes contrevenants.

- Base militaire : Bâtiment collectif situé dans une base militaire au Canada et appartenant aux Forces armées canadiennes.

- Autre : Logement qui répond à la définition de logement collectif, mais qui ne correspond à aucun des genres de logement collectif décrits. Sont inclus les logements du personnel des pistes de course, les chalets de pourvoyeur, les campements de cirque et de fête foraine, les communautés non religieuses, etc.

- Navire marchand de plus de 1 000 tonnes : Navire marchand de plus de 1 000 tonnes, dont les occupants, le jour du recensement, n'ont pas déclaré d'autre domicile que le navire sur lequel ils travaillaient.

- Navire de Forces armées canadiennes en mer ou au port et navire de la garde côtière : Navire des Forces armées canadiennes et navire de la garde côtière dont les occupants, le jour du recensement, ont été dénombrés en mer ou au port.

- Maison de repos : Établissement de soins de longue durée offrant, à des personnes âgées, des services allant de l'aide modérée et périodique à des soins infirmiers et des soins personnels réguliers et continus fournis sous surveillance médicale au besoin. Les maisons de repos sont un type d'établissements de soins de longue durée. La terminologie utilisée pour désigner les maisons de repos, les types de services qu'elles offrent et leur structure administrative varie d'une province à l'autre.

    - hôpital de soins prolongés (Alberta)

    - foyer de bienfaisance (Ontario)

- Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD)(Québec)
- centre de soins prolongés (Alberta)
- government/private manor home (Île-du-Prince-Édouard)
- foyer collectif pour personnes âgées non autonomes (Territoires du Nord Ouest)
- établissement de soins intermédiaires (Colombie-Britannique)
- établissement de soins de longue durée (Ontario)
- foyer municipal pour personnes âgées (Ontario)
- foyer de soins personnels (Manitoba, Territoires du Nord Ouest)
- établissements résidentiels de soins continus (Yukon)
- centre de soins spéciaux (Saskatchewan)

- Foyer pour personnes âgées : Établissements qui offrent une surveillance et des soins personnels de minimaux à modérés aux personnes âgées qui sont autonomes pour la plupart des activités de la vie quotidienne. Exemples :
  - résidence communautaire (Nouveau-Brunswick)
  - centre de soins communautaires (Île-du-Prince-Édouard)
  - foyer de retraite
  - foyer de repos
  - foyer pour personnes âgées (Nouvelle-Écosse)
  - foyer de soins personnels (Terre-Neuve-et-Labrador, Saskatchewan, Colombie-Britannique)
  - établissements résidentiels de soins de longue durée (Territoires du Nord-Ouest)
  - maison de repos
  - maison d'accueil pour personnes âgées
  - maison de retraite
  - résidences pour personnes âgées
  - habitation pour personnes âgées (Alberta)

LOGEMENT COLLECTIF

Selon la définition de Statistique Canada, un **« Logement collectif »** est un *« Établissement commercial, institutionnel ou communautaire que le recenseur peut identifier comme tel grâce à une enseigne ou en s'adressant à la personne qui en a la charge, à un résident, à un voisin, etc. Sont inclus dans cette catégorie les pensions et maisons de chambres, les hôtels, motels et maisons de chambres pour touristes, les maisons de repos, les hôpitaux, les résidences de personnel, les casernes (bases militaires), les camps de chantier, les prisons, les centres*

d'accueil, les foyers collectifs, etc. Il peut s'agir d'un logement occupé par des résidents habituels ou uniquement par des résidents étrangers et/ou temporaires. »

PORTRAIT DES MÉNAGES

Un ménage selon Statistique Canada est une « *Personne ou un groupe de personnes (autres que des résidents étrangers) occupant un même logement et n'ayant pas de domicile habituel ailleurs au Canada. Il peut se composer d'un groupe familial (famille de recensement) avec ou sans autres personnes, de deux familles ou plus partageant le même logement, d'un groupe de personnes non apparentées ou d'une personne seule. Les membres d'un ménage qui sont temporairement absents le jour du recensement (par exemple, qui résident temporairement ailleurs) sont considérés comme faisant partie de leur ménage habituel. Pour les besoins du recensement, chaque personne est membre d'un seul et unique ménage. À moins d'indications contraires, toutes les données contenues dans les rapports sur les ménages se rapportent aux ménages privés seulement.* »

Toujours selon Stat. Can., un ménage privé est une Personne ou un groupe de personnes occupant un même logement. Plus précisément, un ménage privé est une Personne ou groupe de personnes (autres que des résidents étrangers) occupant un logement privé et n'ayant pas de domicile habituel ailleurs au Canada.

Un ménage collectif est une Personne ou un groupe de personnes occupant un logement collectif et n'ayant pas de domicile habituel ailleurs au Canada.

Les types de ménages

La répartition fondamentale des **ménages privés** en **ménages familiaux** et en **ménages non familiaux** se décline comme suit.

Un **ménage familial** est un **ménage** qui comprend au moins une famille de recensement, c'est-à-dire un couple marié avec ou sans enfants, ou un couple vivant en union libre avec ou sans enfants, ou un parent seul avec un ou plusieurs enfants (famille monoparentale).

Les **ménages familiaux** se subdivisent en deux sous-catégories : les **ménages unifamiliaux** et les **ménages multifamiliaux**.

Un **ménage unifamilial** se compose d'une seule famille de recensement (avec ou sans autres personnes) qui occupe un logement privé.

Un **ménage multifamilial** se compose de deux familles de recensement ou plus (avec ou sans autres personnes) qui occupent le même logement privé.

Un **ménage non familial** est constitué soit d'une personne vivant seule dans un logement privé, soit d'un groupe de deux personnes ou plus qui partagent un logement privé, mais qui ne forment pas une famille de recensement.

L'ABORDABILITE EN MATIERE DE LOGEMENT

Le **logement** représente la principale dépense pour la plupart des ménages canadiens. Son **abordabilité** peut avoir un effet important sur le bien-être des ménages. C'est pourquoi **l'abordabilité du logement** est étroitement surveillée qui s'intéressent au **logement et au bien-être** en général des Canadiens.

Pour mesurer **l'abordabilité** du logement on doit faire une comparaison entre les coûts du logement et la capacité du ménage de couvrir ces coûts. L'indicateur qui sous-tend cette mesure, la part du **revenu du ménage** consacrée aux **coûts d'habitation**, est appelé **rapport des frais de logement au revenu (RFLR)**. Une valeur de référence de 30 % pour le **RFLR** est généralement acceptée comme limite supérieure pour la définition de logement

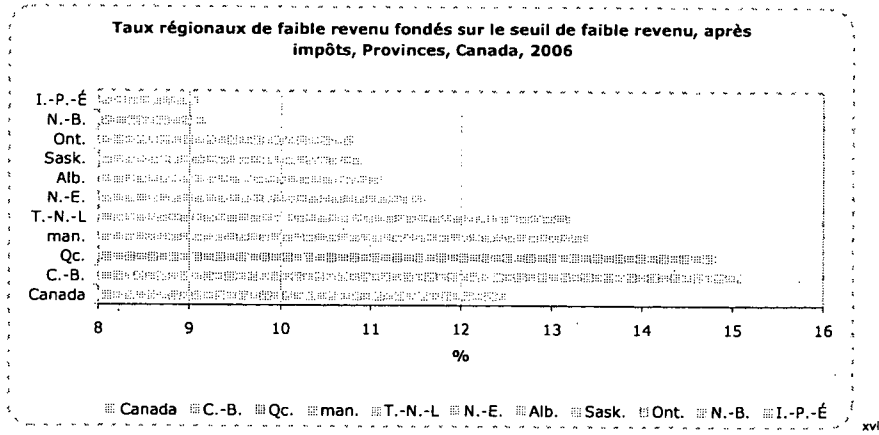
abordable. Les ménages qui consacrent 30 % ou plus de leur revenu ont été visés par des études intensives, et ils continuent de l'être. Plus particulièrement, il est intéressant de déterminer s'ils le font par choix, parce qu'ils ont les moyens de dépenser plus que la normale pour le logement et qu'ils choisissent de le faire, ou par nécessité, parce qu'ils ont un **faible revenu** et qu'ils ont des besoins de logement.

L'abordabilité du logement, telle que mesurée par le RFLR, est également un intrant essentiel de l'indicateur des **besoins impérieux de logement** élaboré par la *Société canadienne d'hypothèques et de logement* (SCHL) pour cerner les ménages ayant des besoins de logement au Canada. L'indicateur des besoins impérieux de logement permet « *de repérer les ménages incapables de payer un logement du marché qui soit de qualité et de taille convenables tout en étant abordable* ».

Les renseignements obtenus sont utilisés par les trois niveaux de gouvernement pour les aider à faire la conception, la prestation, le financement et l'évaluation des programmes de logement social.

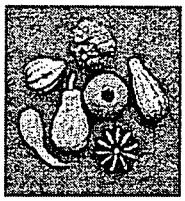
SEUILS ET TAUX DE FAIBLE REVENU

Nombreux sont ceux qui soutiennent que les classements selon le **niveau de faible revenu** ne sont pas robustes. En suivant une **approche par dominance stochastique**, nous fournissons un moyen robuste de comparer les niveaux régionaux de faible revenu sans choisir arbitrairement un **seuil de faible revenu**. Nous arrivons aux conclusions suivantes.



[xvii]

ALIMENTATION



[xvii] Source : Statistique Canada, Le revenu au Canada, 2006.

DÉVELOPPEMENT DE L'ENFANT ET LA PAUVRETÉ

Le **cerveau humain** se développe pendant une longue période de temps comparativement aux autres organes, soit à partir des premières semaines de la grossesse, et ce, de manière continue jusqu'à l'âge d'environ vingt ans. En outre, notons la période d'accélération de la croissance du cerveau, qui s'étend du troisième trimestre de la grossesse jusqu'à l'âge de trois ans à cinq ans. Le **cerveau** est l'organe qui expose une croissance fulgurante en demande énergétique et son taux de croissance devient phénoménal.

Le trouble d'un enfant a rarement une seule origine. La **complexité du cerveau** et de son fonctionnement oblige à explorer les différents domaines qui peuvent avoir une influence sur les apprentissages (psychologique, médical, instrumental, développemental,...).

À ce titre, le **développement du cerveau** de l'enfant présente des **facteurs de risque** important à la progéniture chez les mères avec, par exemple, une immaturité affective et/ou sociale, ou psychopathologie, et/ou une toxicomanie, etc. Les répercussions sur le développement du cerveau peuvent entraîner des dommages irréversibles, et entraîner, entre autres, de graves retentissements sur les fonctions organiques et mentales de l'enfant. Notons que l'une de ces répercussions concerne l'émergence de **facteurs de vulnérabilités** chez l'enfant, dont la source prend racine non seulement dans le patrimoine génétique des parents, mais de **l'environnement pathologique** de l'enfant. **L'hygiène personnelle** constitue également un aspect de la qualité des programmes de développement de la petite enfance ainsi que des parents.

Il est donc important qu'il y ait un partenariat entre les familles, les enseignants, les psychologues scolaires, les médecins scolaires et les neuropsychologues pour évaluer les capacités des enfants dans les différents domaines et poser un diagnostic.

« Les recherches démontrent en effet que les enfants pauvres sont en moins bonne santé que les autres, qu'ils courent plus de risque d'être hospitalisés et que les taux de signalement par les directions de la protection de la jeunesse sont plus de dix fois supérieurs dans les milieux défavorisés. Des études ont mis en évidence le fait que les enfants des quartiers défavorisés de l'île de Montréal ont une espérance de vie à la naissance inférieure de plus de dix ans à celle des enfants des milieux mieux nantis. Des difficultés vécues à un âge précoce compromettent gravement l'avenir de ces enfants et commanderont plus tard des correctifs importants. D'autres travaux de recherche montrent que le décrochage des jeunes du secondaire vivant une situation de pauvreté est nettement plus élevé (36,6 %) que dans les milieux les plus aisés (19,6 %). Le faible niveau de scolarité de ces jeunes aura pour effet d'augmenter leur risque de connaître des épisodes de chômage et de recours à l'assistance-emploi tout au long de leur vie[23]. »

LES ENFANTS « TEFLON »

Certains enfants semblent s'adapter mieux que d'autres aux encadrements, exigences, contingences et à l'environnement de nos programmes éducatifs. On peut comparer certains enfants difficiles – qui semble présenter un trouble du comportement ou des conduites - à des outils de forme carrée que l'on tenterait en vain de ranger dans des moules de forme arrondie. On à beau forcer et pousser, rien n'y fait, leur carrure résiste à nos efforts les plus ardus; dont la répression et la coercition. La tentation, consciente ou inconsciente, est grande d'essayer de changer leur forme, de changer ces enfants. Et si nous regardions la chose sous un autre angle (changement paradigmatique) ? Si nous regardions plutôt la forme de nos programmes ou les structures organisationnelles ? Pouvons-nous changer la forme de nos programmes pour accommoder les enfants difficiles? Par exemple, Dans l'ouvrage *« Good Kids, Difficult Behaviour »*, *Joyce Divinyi* propose une stratégie simple : Structurer; Donner des instructions; Surveiller; Louanger; Rire; Habiliter;

DU SYSTÈME D'ÉDUCATION

PAUVRETE

D'après l'étude de 2000 de **l'OCDE**, le fait d'être issu d'un milieu social peu favorisé multiplie par deux la probabilité d'avoir des difficultés en lecture, comme en mathématiques.

DU DECROCHAGE

Pourquoi notre progéniture se désintéressent de l'apprentissage, se placent dans des spirales d'échec, et pour certains dans une logique de l'exclusion et mettent ainsi à mal le système scolaire. L'essentiel du conflit se joue entre le Sujet et la Société et questionne autant l'école que la justice, les services de santé et de services sociaux et que les praticiens et cliniciens en santé globale (ex. : mentale).

Pour certains enfants, les manifestations symptomatique de difficultés psychologiques externalisé - difficultés psychologiques à manifestations comportementales – qui s'expriment par des actes anti-sociaux à la limite de la délinquance ou franchissant cette limite (on parle alors de psychopathie[xviii]) ou de déviance légère (ex. : menu larcin - petit vol discret ou plagiat).

« *Des enfants, adolescents ou jeunes adultes qui présentent des difficultés psychologiques dont l'expression, notamment l'intensité des troubles du comportement, perturbe gravement la socialisation et l'accès aux apprentissages. Ces enfants, adolescents et jeunes adultes se trouvent, malgré des potentialités intellectuelles et cognitives préservées, engagés dans un processus handicapant.* »

CLIVAGE EDUCATIONNELLE

Un rapport de **l'OCDE** (2000) indique : « *se multiplient les indices sérieux montrant que la formation continue après l'école tend à accentuer, plutôt qu'à atténuer, les différences de compétence découlant d'une réussite inégale à l'enseignement initial* » (p. 70-71). Or, on peut certainement poser l'hypothèse que les enfants qui étudie dans le secteur privées bénéficient d'un encadrement scolastique qui favorise l'apprentissage alors que dans certains établissement d'enseignement public font face à des problématiques socioéconomiques complexes minant les conditions d'apprentissage et nécessitant une prise en charge transdisciplinaire, multidisciplinaire, multidimensionnelle et multimodale. Cet intervention doit faire appel aux techniques socio-éducatives et doit impliquer autant les enfants que leurs parents. Car selon l'avis de l'auteur, « *être parent, cela s'apprend et/ou cela se perfectionne* ».

COMPOSITE DE L'APPRENTISSAGE

DE L'IMMATURITÉ INFANTILE ET DE LA MATERNELLE

Une enquête effectuée par la *Direction de santé publique de Montréal* (DSP) et intitulée « *En route pour l'école*! » montre que 33% des enfants n'ont pas la maturité scolaire requise pour commencer l'école à la maternelle.

Le portrait de la **maturité scolaire**[xix] d'un enfant de 5 ans s'évalue dans cinq domaines :

- santé physique et bien-être ;

[xviii] Trouble permanent de la personnalité se caractérisant essentiellement par des comportements antisociaux.
[xix] La maturité scolaire est le degré de préparation des enfants pour l'école. Cette mesure, prise à la maternelle, constitue un bon indicateur de l'état de développement de l'enfant à son entrée à l'école.

- compétence sociale ;
- maturité affective ;
- développement cognitif et langagier ;
- habiletés de communication et connaissances générales.

Proportion des enfants vulnérables[xx] en fonction d'un domaine analysé :

- développement cognitif et langagier : 16,9 %;
- maturité affective : 15,1 %;
- habiletés de communication et connaissances générales : 13,4 %.

DU SYSTÈME DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

LES SERVICES SOCIAUX

Selon le rapport de recherche « *Orientations pour l'appréciation de la performance des services sociaux québécois* » du *Conseil de la santé et du bien-être* : au Québec, la notion de **services sociaux** serais définie par la *Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social* (1972, p. 26) est de loin celle qui a été la plus utilisée et c'est celle à laquelle on réfère encore souvent (Mayer, 2004).

Toujours selon ce rapport, la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (LSSSS), désignation du ministère de la *Santé et des Services sociaux* (MSSS), définit l'emploi du concept « **services sociaux** » qui n'est pas restreint aux seuls **services sociaux** offerts par les établissements relevant du MSSS. Du coté anglais, on utilise souvent la notion de « **social services** » selon une conception générique ou englobante pour désigner l'ensemble des actions et des services contenus dans différents secteurs fonctionnels de la politique sociale : la santé, l'éducation, l'habitation, la sécurité du revenu, la justice. Ce faisant, ce concept s'inspire de la littérature sur l'administration sociale britannique développée en particulier par Titmuss (1974), Brown (1985) et Higgins (1981).

Aux fins de ce présent rapport, les services sociaux sont circonscrits comme « *les arrangements institutionnels existant pour prévenir ou résoudre un ensemble de problèmes dans les rapports sociaux et pour satisfaire les besoins de socialité ou de réalisation de rapports sociaux en vue du bien-être des personnes ou des groupes, ou de leur qualité de vie* ». Ils visent l'atteinte du mieux-être psychosocial des personnes et l'utilisation à cette fin des ressources existantes dans l'environnement ainsi que la réalisation du bien-être dans la société par l'équilibre harmonieux dans les rapports sociaux.

Quatre dimensions particulières du mieux-être et du bien-être en matière de socialité caractérisent l'orientation de ces arrangements :

- Le rétablissement du fonctionnement en société des personnes ayant des problèmes d'adaptation, de délinquance, de menaces à leur intégrité, d'isolement ou de carence dans leurs rapports sociaux ;
- La réalisation de l'intégration des personnes vivant des problèmes d'exclusion sociale, de surcharge, des difficultés d'insertion sociale, ayant des problèmes ou en situation de handicaps ;

[xx] Selon ce rapport, L'enfant vulnérable est celui dont le niveau de développement - dans au moins un domaine de maturité - se situe au-dessous du niveau attendu pour son âge.

- La protection contre les situations de violence (violence dans les relations de couple, les agressions de toutes sortes, les mauvais traitements, la négligence) ainsi que la prévention et la diminution des conditions de violence, d'exclusion et de déviance ;

- soutien à la création d'environnements sociaux constructifs.

En somme, dans ce rapport, par **services sociaux**, on l'entendrais par « *l'ensemble des arrangements organisés sous la forme de programmes de services, de mesures juridiques, d'initiatives articulées et d'initiatives communautaires portant sur la socialité ou les rapports sociaux en vue de la réalisation du mieux-être des personnes ou des groupes et pour l'atteinte du bien-être dans la société* ».

Le rapport détermine le choix du regroupement de différents domaines en sphères d'activités organisées autour de certains arrangements types qui tiennent compte de la réalité québécoise. Ces regroupements sont les suivants :

- Les **services sociaux** généraux, de base ou de première ligne :
  - à l'enfance, à la jeunesse, en milieu scolaire, aux parents, aux couples et aux familles;
  - aux adultes dont l'autonomie est diminuée ou ayant un handicap et vivant à domicile ou en milieu protégé ;
- Les services d'adoption, de protection de la jeunesse et les services aux jeunes délinquants ;
- Les services sociaux institutionnels (centres hospitaliers et de soins de longue durée) en santé physique et mentale ;
- Les services de réadaptation psychosociale ;
- Les services sociaux liés à la justice et en milieu carcéral ;
- Les initiatives d'action et d'organisation communautaires et de développement en économie sociale ;
- Les services psychosociaux en clinique privée ;
- Les services sociaux en entreprise.

Le rapport précise : « *Ainsi, dans les CLSC (constitués en centres de santé et de services sociaux depuis 2004), les services sociaux sont accessibles en première ligne et ont certaines fonctions générales d'intervention à dominantes d'assistance sociale et psychosociale aux familles, aux couples, aux parents et aux jeunes ou encore aux personnes avec autonomie diminuée ou avec handicap. Ils incluent aussi des services d'organisation communautaire pour appuyer et compléter l'action des autres services de première ligne. Ils sont souvent en interface avec les services de santé, avec le réseau de l'éducation et, à certains moments, avec la sécurité du revenu, l'habitation et même la justice. Les centres jeunesse (CJ) regroupent de façon tout à fait prépondérante, pour ne pas dire exclusive, des services sociaux de deuxième ligne à l'enfance et à la jeunesse qui prennent la forme de services d'adoption, de post-adoption et de recherche d'antécédents, de services de protection de la jeunesse, de services aux jeunes délinquants et ils incorporent de plus un ensemble de services de réadaptation psychosociale en internat, en familles d'accueil et en milieu externe. On retrouve aussi des services de réadaptation dans les centres de réadaptation (CR) en déficience intellectuelle et en déficience physique. En centre hospitalier, les arrangements de services sociaux sont en appui aux services de santé, ces derniers étant prédominants à cause de leur mission première. Ils sont aussi en appui aux soins et à l'hébergement dans les centres hospitaliers de soins de longue durée (CHSLD)* ».

Le rapport poursuit : « *Les organismes communautaires et les entreprises d'économie sociale sont associés à des degrés divers avec des établissements publics. La plupart de ces organismes reçoivent une bonne partie de leur*

financement, et souvent même la quasi-totalité de leur financement, de fonds publics qui proviennent tantôt du MSSS et/ou d'autres sources. Toutefois, il existe aussi des services sociaux dans des structures de services publics à l'extérieur du MSSS, comme les services du Curateur public du Québec, de la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ), de la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST), ou à l'extérieur des structures de services publics, par exemple, en bureau de pratique privée ou à l'intérieur d'entreprises du secteur privé.

[...] Le **système de services sociaux** dont il s'agit d'apprécier la performance est ici défini dans une perspective assez semblable à celle utilisée pour définir le *système de services de santé* (Champagne et collab., 2004). Il s'agit des services sociaux publics existants ou prévus dans le cadre de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*.

[...] Le **système de services sociaux** dont il s'agit d'apprécier la performance est ici défini dans une perspective assez semblable à celle utilisée pour définir le système de services de santé (Champagne et collab., 2004). Il s'agit des services sociaux publics existants ou prévus dans le cadre de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Il s'agit d'un système organisé d'action situé dans un contexte concret composé d'un ensemble de sous-systèmes dont la finalité première est de contribuer à la solution des problèmes existant dans les rapports sociaux, d'en prévenir l'apparition et de satisfaire les besoins de socialité pour la réalisation du mieux-être des personnes en leur fournissant de manière équitable des services de qualité ».

Le rapport mentionne également que « les **services sociaux publics** existent dans le cadre de la LSSSS et desservent l'ensemble de la population du Québec : enfants, jeunes, adultes, familles et personnes âgées susceptibles d'avoir recours aux *services de santé et aux services sociaux*. Ils sont fournis à l'intérieur de centres locaux de services communautaires (CLSC), de centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), de centres de réadaptation (CR), de centres de protection de l'enfance et de la jeunesse (CPEJ) et de centres hospitaliers (CH). De plus, des services sociaux publics sont aussi fournis par des organismes communautaires, des entreprises d'économie sociale et même des ressources privées reconnues à cette fin par le MSSS. Il faut souligner que, à la différence des services de santé, les services sociaux ne sont pas assujettis à la *Loi canadienne sur la santé*, sauf lorsqu'ils font directement partie de l'**interface** avec *les services de santé* ».

Ainsi, « les **services sociaux** relevant du MSSS couvrent la plupart des services déjà définis : services sociaux généraux, de base ou de première ligne à l'enfance, à la jeunesse, en milieu scolaire, aux parents, aux couples et aux familles; les services aux personnes adultes ayant une autonomie diminuée ou un handicap et vivant à domicile ou en milieu protégé; les services d'adoption, de protection de la jeunesse et les services aux jeunes délinquants; les services de réadaptation; les services sociaux dans les centres hospitaliers et de soins de longue durée; les services sociaux en santé mentale; les services offerts dans les organismes communautaires et les autres initiatives communautaires et en économie sociale reconnu par les autorités régionales. »

La mission générale des instances locales du *réseau de la santé et des services sociaux* vise à soutenir l'**autonomie** des personnes et de leurs familles et garantir l'efficacité des différents services dispensés aux citoyens autour des objectifs suivants :

1. Assurer à la population l'accès à une large gamme de services de santé et de services sociaux de première ligne (prévention, évaluation, diagnostic, traitement, réadaptation et soutien);

2. garantir à la population l'accès aux services spécialisés et surspécialisés en considérant les activités du réseau universitaire associé;

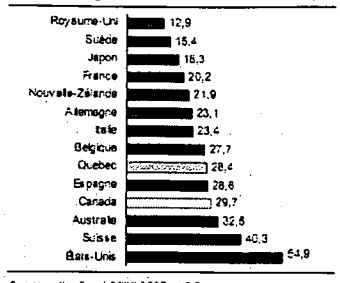
3. permettre la mise en place de mécanismes de référence et de suivi des usagers;

4. impliquer les divers groupes de professionnels du territoire;

5. favoriser la collaboration et l'implication de tous les intervenants des autres secteurs d'activité du territoire ayant un impact sur les services de santé et les services sociaux;

6. assurer la participation des ressources humaines nécessaires à la prestation des services (MSSS, 2003).

Part du secteur privé dans les dépenses totales de santé pour certains pays industrialisés, 2005
(en pourcentage)



Sources : Éco-Santé OCDE 2007 et ICIS.

Des orientations ministérielles ont aussi été rendues publiques ces dernières années, dont la « *Stratégie d'action pour les jeunes en difficulté et leur famille* », les « *Orientations sur les services aux personnes âgées en perte d'autonomie* », la « *Politique de soutien aux personnes présentant une déficience intellectuelle, à leurs familles et aux autres proches* », les « *Objectifs ministériels et stratégies d'action en santé et bien-être des femmes* ».

Notons également qu'une part importante des dépenses de santé est assumée de façon privée par les citoyens – directement ou par l'entremise d'une assurance privée.

DE LA SANTE ET DE LA MALADIE MENTALE[24]

Nous n'avons pas encore réussi à développer la première ligne à sa pleine capacité. Les services de première ligne, tel que définit actuellement, semble faire consensus, et semblerais être le fondement du système actuel de santé. Il y a eu très peu de modifications au panier des services assurés par le régime de santé public depuis son entrée en vigueur. « *Il faut être capable d'évoluer avec les besoins de la population, tout en reconnaissant que l'on ne peut pas tout se payer* ».

Notre système de **santé et de services sociaux** accapare une proportion de plus en plus importante du budget de l'État. Le vieillissement rapide de la population aggrave cette situation à un point tel que la survie même du système est compromise. Au niveau des services communautaires, le MSSS priorise les domaines de la santé mental et des aînés. Le financement des organismes communautaires a été augmenté de 117 millions $ depuis trois ans, dit-elle, pour s'établir à près de 400 millions $.

Les coordonnateurs des regroupements régionaux[25] dénoncent le « *financement par programmes* » du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) instauré il y a trois ans. Un système qui fait d'eux des « sous-traitants » au détriment de leur autonomie et crée des écarts croissants entre les organismes, selon qu'ils correspondent ou non aux priorités ministérielles, disent-ils.

Selon *Linda Déry*, membre des coordonnateurs des regroupements régionaux de la région des Laurentides, « *le financement par programmes a des effets pervers, alors qu'une majorité d'organismes ne reçoivent plus d'argent pour leur développement. Il a aussi pour effet de les astreindre à répondre aux objectifs du réseau officiel, alors que, par définition, un organisme communautaire propose un autre service que le réseau public.* » Mais qu'en-est-il vraiment. Il existe actuellement des organismes communautaires dits alternatifs qui justement offre une prestation de service qui ne se retrouve pas dans le réseau public. Or, il fout se questionné a savoir si les organismes doivent répondrent aux besoins des groupes sociaux spécifiques par des techniques dites alternatives. N'ont-il pas le devoir de d'abord, d'acquérir et d'appliquer une expertise éprouvé, pour ensuite adapté cette dernière à la réalité vécu par les groupes spécifiques.

Le coordonnateur de la Capitale-Nationale, *André Gagnon*, explique que le réseau public développe des services en doublons et accapare les budgets. A titre d'exemple, affirme-il, d'importants montants sont allés aux jeunes en difficulté, mais directement dans les CSSS, avec les conséquences sur le niveau de développement des organismes communautaires. L'autre problème du financement par programmes, selon Guy Lefebvre, de GRIS-Québec, « *c'est que les organismes développent de nouveaux services selon les priorités du jour, mais n'ont pas toujours l'argent pour les maintenir lorsqu'elles changent. Mais le besoin, lui, est toujours là.* ».

La redéfinition de l'actuel panier de services en matière de santé mental, les moyens à mettre à la disposition des organismes communautaires pour les soutenir dans l'amélioration de leur performance et de leur professionnalisation, et finalement, ma mise en place de solutions financières permettant d'assurer la pérennité de l'organisme un fois cette dernière ayant démontré sa réel influence sur les problématiques sociétaux ciblés concernant les groupes de personnes spécifiques. Il faut donc mettre en cause et réexaminer la nature et l'étendue du panier de services actuellement offerts à matière de santé mental et de défense de droits.

Compte tenu de la nature complexe de la problématique de **santé mentale**, l'on se doit de proposer des actions concrètes pour soutenir les organismes dans leur volonté d'améliorer l'accès aux soins et aux services en matière de santé mental.

DE LA JUDICIARISATION ET DE LA MALADIE MENTALE

Le psychiatre Sébastien Proulx, responsable de la division de psychiatrie légale à l'hôpital Robert-Giffard explique « *La prison est devenue la porte d'entrée de la psychiatrie. Un délit, c'est une façon d'obtenir une consultation* », résume-t-il, lapidaire. Résultat: « *des gens vulnérables se retrouvent dans un environnement malsain*». En 2004, les Services correctionnels du Canada avaient présenté un plan pour améliorer les services offerts aux détenus atteints de maladies mentales, dont le nombre a augmenté de 61% en sept ans. Un délinquant sur cinq est atteint de **trouble mental** grave.

DE LA SANTE MENTALE ET DE LA MOUVANCE COMMUNAUTAIRE

La *Coalition des tables régionales d'organismes communautaires* regroupe 16 *Tables régionales d'organismes communautaires* (regroupements régionaux des organismes communautaires) en *santé et services sociaux* provenant des 17 régions du Québec. Elle est un lieu d'analyse et *d'action sociale et politique* qui permet de promouvoir les intérêts des quelques 3000 organismes communautaires en santé et services sociaux, tous secteurs d'intervention confondus, et œux des populations auprès desquelles ils interviennent.

La Coalition des tables régionales d'organismes communautaires (CTROC) est le représentant des quelques 3000 groupes communautaires en santé et services sociaux. En considérant les 22 000 employées, les quelques 300 000 bénévoles et les 2000000 d'utilisateurs et utilisatrices, ce n'est pas moins de 2 322 000 personnes du Québec.

DE L'EFFICACITE DES ANTIDEPRESSEURS[28]

Les fabricants d'antidépresseurs ont tendance à ne publier que les résultats des essais cliniques qui donnent des résultats positifs, ce qui donne une fausse image aux médecins et aux consommateurs de l'efficacité réelle de ces médicaments, selon une analyse parue dans le « *New England Journal of Medicine* ». 89 % des études ayant révélé des résultats négatifs ou discutables n'ont pas été publiées dans la littérature scientifique. Les antidépresseurs ne seraient pas aussi efficaces que ce qui est rapporté dans la littérature scientifique, où ne sont publiées en général que les études ayant abouti à des résultats favorables au médicament.

Environ 60% des gens qui prennent un antidépresseur rapportent un soulagement significatif des symptômes de la dépression comparativement à environ 40% de ceux qui prennent un placebo (c'est-à-dire qui prennent un produit inactif alors qu'ils croient prendre un antidépresseur). Mais quand les essais moins positifs, non publiés, sont pris en considération, l'avantage des antidépresseurs diminue: ils sont plus efficaces que les placebos mais par une marge modeste, conclut le rapport.

Parmi 74 études -- portant sur 12 antidépresseurs -- soumises à la *Food and Drug Administration* (FDA) par des compagnies pharmaceutiques désireuses de mettre en marché l'antidépresseur mis au point dans leurs laboratoires, 31 % n'avaient jamais été publiées dans des revues médicales parce que leurs résultats ne démontraient pas une efficacité significative du médicament ou son innocuité. En fait, 89 % des études ayant révélé des résultats négatifs ou discutables n'avaient pas été publiées ou bien avaient fait l'objet d'une publication qui présentait les données sous un jour favorable. Le « biais » dans la publication des données obtenues à la suite d'essais cliniques destinés à vérifier l'efficacité et l'innocuité d'un antidépresseur fausserait la perception qu'auraient les médecins de l'efficacité de ces médicaments et pourrait avoir des effets néfastes sur leur pratique de même que sur les attentes des patients.

Le Dr *Erick H. Turner*, du département de psychiatrie et de pharmacologie de l'Oregon Health and Science University, et ses collègues qui ont cosigné l'article du NEJM ont évalué que, dans la plupart des publications scientifiques, l'efficacité de l'antidépresseur étudié était grandement surestimée. Ils ont calculé que, selon l'antidépresseur analysé, l'efficacité qu'on reconnaissait au médicament était de 11 à 69 % supérieure à ce qu'elle était réellement.

Selon David Cohen, professeur à *l'École de travail social de l'université internationale de Floride* et chercheur au GEIRSO-UQAM, « *[...] la moitié des études n'arrivent pas à démontrer la supériorité de l'antidépresseur par rapport au placebo. L'antidépresseur moderne est un placebo commercialisé avec une publicité. Il a peut-être un effet psychotrope, mais celui-ci est augmenté par la publicité qui réverbère partout, par les cliniciens qui sont optimistes et par l'attente créée chez le patient* ».

Chose certaine, cette coutume de ne rendre publiques que les études ayant donné des résultats encourageants et de glisser sous le tapis celles qui se sont conclues par des résultats négatifs est dangereuse, car elle donne un portrait idyllique des médicaments, mais peu fidèle à la réalité.

DE LA PENURIE DE MEDECIN DE FAMILLE

Une étude révèle qu'une clinique médicale sur quatre à Montréal fait la majorité de ses consultations sur un mode sans rendez-vous. Le chercheur Raynald Pineault, qui vient de réaliser une étude sur le sujet pour l'Institut national de santé publique du Québec, soutient par son étude que quelque 600 000 Montréalais n'ont pas de médecin de famille. Quand ils sont malades, ils voient un médecin, jamais le même, dans une clinique sans rendez-vous. L'étude révèle qu'une clinique médicale sur quatre à Montréal fait la majorité de ses consultations sur un mode sans rendez-vous. Et une sur six se consacre presque exclusivement à cette pratique. Si un patient s'y présente avec un problème de santé un peu complexe, il risque d'être mal servi. Car le rythme des consultations y est très rapide: 5 à 8 minutes en moyenne. Le risque d'erreur est donc plus élevé dès que le problème est un peu plus compliqué ou peu fréquent.

L'étude de l'INSPQ révèle en effet qu'un Montréalais sur cinq a un problème de santé non résolu au cours de l'année. La plupart du temps, ces 300 000 personnes ont cherché à consulter. L'INSPQ a contacté 500 cliniques de Montréal et de la Montérégie à la fin de 2005. Ils ont aussi sondé 9000 patients sur leur expérience de soins au cours de la même année.

EN GUISE DE CONCLUSION

La professionnalisation est nécessaire devant la complexité croissante des phénomènes sociaux auxquels les organismes communautaires s'attaquent. Il ne suffit plus d'être animé par des sentiments altruistes et une bonne volonté. L'expertise nécessaire pour distribuer de la nourriture n'est pas la même pour les problématiques de santé mentale et de situation de handicap.

On constate que les personnes qui immigrent au Québec, et qui ne sont pas fortunées, ont quelques difficultés à se loger adéquatement. Ainsi, il est démontré que le marché du logement « bas de gamme » actuel nuie considérablement à l'intégration sociale de ces personnes nouvellement arrivées. Ces personnes rencontrent la précarité résidentielle, le nomadisme et l'obligation d'entreprendre des recours. Propose-t-on de construire du logement social pour les personnes nouvellement arrivées? Propose-t-on d'organiser une sorte de maison des invités où l'immigrer et sa famille sont reçus, instruite, et encadrée vers l'autonomie pour une intégration sociale optimale?

Également, il semble que le système d'éducation n'a pas assez de ressources afin de répondre aux besoins des enfants ayant des troubles d'apprentissages. Encore moins pour les enfants qui ont une psychopathologie.

Or, on constate une dégradation continuelle qui est à mon avis la démonstration de l'inefficacité de certains groupes communautaires. De plus, la présence d'organisme communautaire « écran de fumé » entache la mouvance québécoise.

Politiques et interventions sociales

DE LA SÉCURITÉ DU REVENU ET DES FONCTIONNAIRES MUNICIPAUX

DIRECTION DE LA SECURITE DU REVENU ET DU DEVELOPPEMENT SOCIAL

INTRODUCTION

À la *DIRECTION DE LA SÉCURITÉ DU REVENU ET DU DÉVELOPPEMENT SOCIAL* (DSRDS), nous avons deux grandes missions complémentaires : améliorer la qualité de vie de la population montréalaise et assumer les mandats liés à la sécurité du revenu. La Division du développement social se charge de la première, et la Division de la sécurité du revenu, de la seconde.

La DSRDS, comme son nom l'indique, s'occupe de deux grands dossiers :

- la sécurité du revenu, à titre de mandataire du ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale (MESS) et comme fournisseur de services municipaux;
- le développement social, au moyen de mesures et de programmes divers.

La Division du développement social

La Division du développement social implante et consolide une série de mesures, de programmes et de politiques touchant la sécurité urbaine, les phénomènes « *sociourbains* », la famille, les jeunes, les personnes à mobilité réduite et les aînés.

Elle favorise aussi l'élaboration d'une vision commune et d'une contribution concertée entre les services corporatifs, les arrondissements et les autres acteurs sociaux.

La Division de la sécurité du revenu

« L'assistance-emploi » a pour mission d'apporter une aide financière destinée à assurer la couverture des besoins essentiels des Montréalaises et des Montréalais dont les ressources sont insuffisantes.

Cette mission est réalisée dans le cadre de deux ententes conclues avec le *MINISTÈRE DE L'EMPLOI, DE LA SOLIDARITÉ SOCIALE ET DE LA FAMILLE*, soit la convention en matière de sécurité du revenu et la convention pour l'organisation des services publics d'emploi (faisant référence à Emploi-Québec) sur le territoire de l'ex-ville de Montréal

Mandatée par le gouvernement du Québec, la Division de la sécurité du revenu gère et fournit les programmes et les services relatifs à la sécurité du revenu. Tout en maintenant un lien étroit avec les arrondissements, elle participe à l'implantation de l'Agence Emploi-Québec, volet solidarité sociale sur plusieurs fronts, notamment la réduction de la pauvreté, de l'exclusion sociale et de la dépendance au régime « *d'assistance-emploi* ».

LA DIVISION DE LA SECURITE DU REVENU

Mandataire du MESS

Selon les ententes de services conclues entre la Ville de Montréal et le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale, l'administration municipale est responsable d'administrer, sur le territoire de l'ancienne ville de Montréal, la

Loi sur le soutien du revenu et favorisant l'emploi et la solidarité sociale. Il est à noter que celle-ci sera remplacée, en janvier 2007, par la **Loi sur l'aide aux personnes et aux familles**.

La Ville a donc pour mission d'attribuer, pour le gouvernement du Québec, une aide financière aux personnes et aux familles qui ne peuvent subvenir seules à leurs besoins. Elle contribue aussi, par un partenariat actif, à prévenir et à résoudre des situations problématiques, de nature individuelle ou collective, en vue de favoriser l'autonomie économique et sociale de ces personnes et familles.

Pour ce faire, la DSRDS dispose de 20 centres locaux d'emploi (CLE), d'un centre spécialisé pour les demandeurs d'asile et d'une direction régionale regroupant les services administratifs, les services professionnels et la direction des opérations.

Pour connaître les coordonnées et les services des CLE : mess.gouv.qc.ca/services-a-la-clientele

Projets destinés aux prestataires de l'assistance-emploi

En collaboration avec nos partenaires et forts d'un soutien financier du MESS, nous avons utilisé notre expertise et notre connaissance approfondie des spécificités montréalaises pour mettre sur pied, ou aider à mettre sur pied, des projets qui répondent adéquatement aux besoins des citoyens que nous desservons.

Références aux services publics d'emploi

Lors du dépôt d'une demande de prestation « *d'assistance-emploi* », les personnes prêtes à intégrer le marché du travail sont prioritairement référées aux services publics d'emploi afin qu'elles obtiennent du soutien dans leur démarche de réinsertion à l'emploi.

Projets de partenariat

Les pousses urbaines	Projet du Carrefour communautaire Rosemont « L'Entre-Gens », destiné à des jeunes adultes en difficulté.
Solidarité Réseau contact	Projet conjoint avec 1, 2, 3 Go St-Michel et Mon Resto qui vise les membres des communautés culturelles isolées.
Comptoir postal	En collaboration avec l'organisme Action/Réinsertion qui, tout en offrant un encadrement psychosocial, remet à des personnes itinérantes le courrier gouvernemental pouvant favoriser leur bien-être (chèques, cartes d'assurance-maladie, etc.).
Après l'école	Réalisée par le Projet Harmonie, initiative qui cible les jeunes résidants des HLM de l'est.
Se développer autrement	Projet mis sur pied par le CDC de la Pointe (est de Montréal) pour les individus et les familles vivant sous le seuil de la pauvreté.
Insertion socio-économique des nouveaux réfugiés	Sous l'égide du centre social d'aide aux immigrants, projet offrant une aide aux réfugiés qui ne sont pas en lien avec le marché du travail.
Initiation à l'intégration sociale	Projet parrainé par Concertation-femme et qui s'adresse aux femmes immigrantes ayant un niveau de scolarité de secondaire ou plus, et inscrites à l'assistance-emploi depuis 3 à 7 ans.
Cartes-repas de l'Itinéraire	Cartes-repas fournies par le Groupe communautaire l'Itinéraire à des sans-abri.
Projets montréalais	Projet d'envergure réalisé avec l'équipe du contrat de ville de la Division du développement social, la Direction régionale de la sécurité du revenu Montréal-banlieue et des organismes communautaires et qui

	s'adresse aux immigrantes prestataires de l'assistance-emploi.

Tableau 1 Tirée du site Internet de la Ville de Montréal, projet de partenariat en date du 22 octobre 2007.

Ma place au soleil

Ce programme offre un accompagnement et un soutien psychosocial aux mères monoparentales de moins de 25 ans qui désirent terminer leur secondaire. Six écoles francophones et une école anglophone y participent.

Solidarité jeunesse

Administré en partenariat avec les carrefours jeunesse emploi (CJE) et d'autres organismes jeunesses, ce programme aide les jeunes à s'intégrer au marché du travail.

Ententes sur certaines prestations spéciales

Chaussures orthopédiques

Tout prestataire ayant une prescription pour des chaussures orthopédiques est dirigé à l'Institut de réhabilitation de Montréal (IRM) qui établit un diagnostic précis et s'assure que les chaussures proposées répondent adéquatement à ses besoins.

Appareils respiratoires

Nous avons conclu des ententes avec l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont et l'Institut thoracique de Montréal pour gérer les appareils respiratoires du MESS. Ces deux institutions évaluent les besoins de la clientèle et fournissent les appareils nécessaires.

Lien avec le centre de détention de Bordeaux

Selon les besoins, un agent d'aide socio-économique se rend au centre de détention de Bordeaux pour rencontrer les détenus qui font une demande d'assistance-emploi en vue de leur libération.

Entente avec les centres de la jeunesse et de la famille Batshaw

Cette entente favorise des interventions continues auprès des centres jeunesse qui font une demande d'assistance-emploi.

Entente avec le ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles (MICC)

Cette entente complémentaire est le pendant régional d'une entente interministérielle signée entre le MESS et le MICC. Elle assure une collaboration accrue entre les organismes signataires pour favoriser l'intégration au marché du travail des immigrants et des personnes des minorités visibles.

Programme d'aide et d'accompagnement social (PAAS)

- Volet Devenir : depuis mai 2006, les organismes communautaires participants accompagnent leurs clients dans des démarches de réinsertion sociale et professionnelle
- Volet Intégration sociale : prévu pour janvier 2007

Les partenaires

Outres les divers organismes communautaires montréalais, DSRDS travaille en collaboration avec de nombreux partenaires institutionnels, tels :

- les services publics d'emploi du MESS (EQ);
- l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal;
- les centres de santé et de services sociaux (CSSS);

- les carrefours jeunesse-emploi (CJE);
- la Commission scolaire de Montréal;
- les hôpitaux;
- le ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles

ACCESSIBILITÉ UNIVERSELLE

Pour la Ville de Montréal, il est primordial que tout citoyen puisse utiliser ses services, ses programmes, ses communications et ses édifices, sans être discriminé en raison de ses limitations fonctionnelles, qu'elles soient visuelles, auditives, psychiques, intellectuelles ou physiques.

Des besoins grandissants

Près de 15 % des Montréalais ont une ou plusieurs limitations, surtout dans le domaine de la mobilité et de l'agilité. À ce pourcentage s'ajoutent :

- quelque 15 % de personnes vieillissantes qui présentent également des pertes d'autonomie;
- les parents avec de tout jeunes enfants en poussettes;
- un certain nombre de personnes accidentées.

Tous ces gens ont des besoins qui interpellent la Ville de Montréal, notamment ceux de pouvoir accéder à ses immeubles, profiter de ses activités et programmes en sports, loisir et culture, circuler, utiliser le transport en commun et communiquer avec son service à la clientèle. Les limitations étant permanentes pour plusieurs, les solutions doivent l'être tout autant et s'inscrire dans une planification d'ensemble.

Une priorité municipale

Dès 1974, à une époque où nombre de personnes handicapées se trouvaient encore en institution, la Ville de Montréal s'est peu à peu sensibilisée aux besoins des personnes handicapées en offrant des programmes de loisirs adaptés. Très vite, il est devenu évident que l'accès aux loisirs – et, plus largement, à la vie en société – est conditionné par l'accès aux immeubles, aux transports, à la communication et à la circulation.

Cette prise de conscience a favorisé un développement progressif de divers programmes et services au fil des ans. Mais c'est au Sommet de Montréal, en juin 2002, que la Ville a fait de l'accessibilité universelle l'une de ses grandes priorités. Depuis, des plans d'action triennaux et annuels sont planifiés et réalisés afin d'assurer un accès équitable aux services publics à toute personne, incluant celles ayant des limitations fonctionnelles.

Le plan d'action 2007

En avril 2007, la Ville a adopté son **Plan d'action 2007 en matière d'accessibilité universelle**, fruit de la collaboration et du travail des 19 arrondissements, de quinze unités administratives des services centraux et des partenaires du milieu associatif des personnes ayant des limitations motrices, visuelles, auditives et intellectuelles. Grâce à une série de mesures et de programmes privilégiés par ce plan, la Ville entend réduire les difficultés d'accès aux édifices et aux lieux publics, favoriser l'accès à l'emploi et à des communications, programmes et services adaptés et offrir à ses employés un encadrement et une formation adéquats.

Ce plan se décline en quatre grands axes d'intervention :

- L'accessibilité architecturale pour les édifices municipaux, l'habitation et le domaine public (stationnements, parcs, espaces publics, voies piétonnières, signalisation);

- L'accessibilité des programmes et des services (sports, loisirs, culture, sécurité, mesures d'accueil) et l'accès à l'emploi;
- L'accessibilité des communications municipales (informations publiques en médias substituts ou en langage simplifié; pages adaptées sur le portail de la Ville);
- La sensibilisation et la formation des élus et des employés municipaux (ateliers de sensibilisation et/ou de formation quant aux besoins et aux droits des personnes ayant des limitations fonctionnelles).

La Ville de Montréal a par ailleurs adopté son Programme montréalais de soutien à l'accompagnement en loisir pour les personnes ayant des limitations fonctionnelles. Ce programme est doté d'une enveloppe budgétaire récurrente de 300 000 $ par an. Il vise à appuyer et à encourager les arrondissements à accueillir à leurs activités de loisirs des personnes ayant des limitations fonctionnelles. Des enfants et des adultes bénéficient de la présence d'accompagnateurs en mesure de répondre à leurs besoins particuliers et de faciliter leur participation à des activités de loisir.

La notion d'accessibilité universelle a été retenue comme principe directeur du premier plan d'urbanisme de la Ville de Montréal. Cette notion a également été reprise dans les travaux devant mener au premier Plan de transport de la Ville de Montréal. Les organismes représentant les personnes handicapées participent aussi activement à ces travaux.

Les principaux partenaires

- AlterGo ;
- Arrondissements et services municipaux ;
- Association des devenus sourds et malentendants du Québec (ADSMQ) ;
- Comité régional des associations pour la déficience intellectuelle (CRADI) ;
- Ex-Aequo ;
- Office des personnes handicapées du Québec ;
- Regroupement des aveugles et des amblyopes du Montréal métropolitain (RAAMM) ;
- Regroupement des organismes de promotion du Montréal métropolitain (ROPMM) ;
- Regroupement des usagers du transport adapté (RUTA) ;
- Société Logique ;
- Table de concertation des aînés de l'île de Montréal.

PHÉNOMÈNE SOCIO-URBAINS

Itinérance

Un survol de la situation à Montréal

Depuis les années 1970, deux vagues de désinstitutionalisation des services de santé mentale ont provoqué la descente à la rue d'un nombre important de personnes dont l'état de santé mentale limite l'autonomie et les revenus, et qui auraient besoin de soutien.

Les récessions successives des années 1980 et 1990 ont eu un impact important sur les personnes les plus fragiles, soit les personnes avec des problèmes de santé et les personnes peu scolarisées. L'exclusion et la pauvreté ont mené plusieurs d'entre elles à l'itinérance.

Selon une étude menée par la Direction de la santé publique en 1996, 28 214 Montréalais se sont présentés au moins une fois, cette année-là, dans un centre d'hébergement, une soupe populaire ou un centre de jour . Environ les trois quarts de ces personnes étaient des hommes, en majorité d'âge mûr, aux prises avec des problèmes de toxicomanie, de santé physique ou de santé mentale.

Ces données, les seules dont nous disposons, font toujours autorité. Fait notable, les personnes sans-abri sont de plus en plus jeunes et comptent davantage de femmes. Nombre de ces gens souffrent de problèmes psychiatriques, l'itinérance étant souvent l'une des conséquences de la maladie mentale plutôt qu'un mode de vie librement choisi. En outre, la pénurie de logements à prix abordable précipite dans l'itinérance des personnes déjà fragilisées par la pauvreté.

Les actions municipales

La Ville de Montréal mène plusieurs types d'actions pour aider les sans-abri. Il peut s'agir :

- de favoriser leur réinsertion sociale;
- de contribuer à la mise en place de mesures prévenant l'itinérance;
- d'améliorer les rapports entre les personnes itinérantes, les résidants, les passants et les commerçants;
- de participer à des interventions de coordination, de concertation et de planification.

Pour une meilleure coordination des interventions

Par exemple, la Ville participe à la coordination du Comité de liaison en itinérance, en collaboration avec l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréalet le Réseau d'aide aux personnes seules et itinérantes de Montréal. Ce comité réunit les principaux acteurs institutionnels et communautaires montréalais préoccupés par la défense des droits des personnes itinérantes et l'offre de service qui leur est faite.

À ce titre, la Ville de Montréal élabore le plan d'action intersectoriel en itinérance montréalais 2006-2011, en collaboration avec l'ensemble des acteurs concernés. Ce plan d'action doit permettre une meilleure coordination des interventions visant à endiguer le phénomène de l'errance urbaine, à améliorer les conditions de vie des sans-abri et à partager harmonieusement l'espace public entre personnes itinérantes, résidants, commerçants et passants.

L'hébergement d'urgence

La Ville collabore aussi aux travaux d'un comité multipartite qui assure le suivi du service d'hébergement d'urgence. Depuis l'hiver 2002-2003, ce dispositif s'enclenche avec la venue des grands froids. Il permet de diriger les personnes itinérantes qui le désirent vers les ressources d'hébergement disponibles afin de leur éviter de passer la nuit à l'extérieur.

Pour le Vieux-Montréal

La Division du développement social participe aux travaux du comité Vivre ensemble le Vieux-Montréal : réflexion et action. Piloté par l'arrondissement de Ville-Marie, ce comité s'est donné pour mission de trouver des solutions aux problèmes de cohabitation entre les résidants du Vieux-Montréal et les personnes utilisatrices des services de l'Accueil Bonneau.

Sur le terrain, la Division du développement social lance et soutient des initiatives qui convient les itinérants à jouer un rôle à leur mesure dans la communauté, et visent ainsi à leur redonner leur dignité. À ce titre, des collaborations ont cours avec des organismes communautaires montréalais qui accompagnent ces citoyens éprouvés par la vie à des degrés divers.

La place de la Paix

La Division a également mis sur pied une stratégie d'animation sur la place de la Paix, dans le centre-ville de Montréal, pour l'été 2006. Ce projet table sur des activités artistiques et socioculturelles de même que sur des interventions à caractère social pour résorber les problèmes de cohabitation, de salubrité et de sécurité qui indisposent les riverains et accompagner les personnes en difficulté qui fréquentent ce lieu.

Le projet est mené en collaboration avec les autorités de l'arrondissement de Ville-Marie, le YMCA Guy-Favreau, la Corporation du développement urbain du Faubourg Saint-Laurent, La Table de concertation du Faubourg Saint-Laurent, la Société des arts technologiques, les Projets Autochtones du Québec, le Centre d'amitié autochtone de Montréal, Mise au Jeu, Vidéo Paradiso, Stella, l'Association culturelle chinoise, Spectre de rue et CACTUS.

Tandem

Montréal a beau figurer parmi les grandes villes d'Amérique du Nord les plus sécuritaires, elle n'en connaît pas moins certaines problématiques urbaines. En tant que leader social, la Ville travaille à rapprocher les gens et à soutenir les initiatives locales qui sont destinées à prévenir la criminalité et à promouvoir la sécurité urbaine. Elle veille aussi à s'assurer que les actions des organisations sont concertées, afin d'obtenir des effets plus directs et concluants.

Un programme d'action locale

Depuis plus de 20 ans, plusieurs expériences ont été menées à Montréal et dans les municipalités environnantes pour mobiliser et sensibiliser les citoyens à la sécurité urbaine. Ainsi, à partir de 1982, les arrondissements de l'ancienne Ville de Montréal ont mis en pratique le programme Tandem, qui porte le nom de **Programme montréalais de soutien à l'action citoyenne en sécurité urbaine dans les arrondissements – Tandem** depuis le Sommet de Montréal de 2002.

Tandem est reconnu à l'étranger, car à l'automne 2004, le programme des Nations unies pour les établissements humaines, UN-HABITAT, a reconnu l'initiative montréalaise comme une **bonne pratique.** Il offre à tous les arrondissements montréalais les moyens de mobiliser et de sensibiliser les citoyens quant à la prévention en sécurité urbaine. Il touche deux axes :

- La prévention de la criminalité : la sécurité des biens et du domicile, la sécurité des personnes – des femmes, des aînés et des jeunes - ainsi que la sécurité des collectivités;
- La prévention incendie, les premiers secours et la sécurité civile.

De manière individuelle, le programme **Tandem** aide les Montréalais à diminuer leurs pertes matérielles, à s'approprier les lieux publics, à jouir pleinement de leur propriété, à donner un milieu de vie sécuritaire à leur famille et à acquérir des valeurs d'entraide et de solidarité.

Tandem a été conçu par une équipe multidisciplinaire, composée de représentants :

- du Service de police;
- du Service de sécurité incendie;
- des services municipaux et paramunicipaux;
- des institutions de santé et de services sociaux;
- des établissements d'enseignement;

- des regroupements de commerçants;
- des tables de concertation et d'organismes de quartier.

Les principaux partenaires :

- Centres locaux de services communautaires
- Écoles et centres de la petite enfance
- Organismes partenaires du programme dans les arrondissements
- Service de police de la Ville de Montréal
- Service de sécurité incendie de la Ville de Montréal
- Société de transport de Montréal

Médiation sociale

Le contexte

À Montréal, certains quartiers souffrent plus que d'autres des problématiques sociales urbaines. Dans certaines zones, qualifiées de prioritaires, l'insécurité est ressentie. Elle est alimentée par exemple, par des incivilités, des conflits de voisinage ou la dégradation de l'habitat. Face à ces phénomènes, non seulement la qualité de vie, mais aussi la cohésion sociale peuvent être sérieusement menacées.

Dès lors, l'urgence d'apporter des réponses qui soient renforcées, adaptées et aussi renouvelées se fait sentir. C'est dans ce contexte de recherche de solutions innovantes que la Ville de Montréal collabore à trois projets pilotes de médiation sociale.

Les activités municipales

Situés dans les quartiers de la Petite-Bourgogne (arrondissement du Sud Ouest), Sainte-Marie (arrondissement de Ville-Marie) et Duff Court (arrondissement de Lachine), ces projets misent sur la proximité avec les résidants dans les espaces publics. Lors de conflits éventuels, les médiateurs favorisent le dialogue entre les parties, soutiennent des activités d'écoute et de prise de parole, font connaître aux uns et aux autres leurs droits et responsabilités, orientent les personnes vers les ressources spécialisées et, au besoin, proposent des animations.

Il peut s'agir de résoudre des problèmes de cohabitation, d'incivilités, de voisinage, de malpropreté, comme dans Sainte-Marie, ou de développer des relations de bon voisinage dans un immeuble en particulier, comme dans Duff Court. Dans la Petite-Bourgogne, le médiateur est accompagné par un jeune apprenti dans le but de le familiariser avec le processus de médiation.

Ces trois types de médiation ne constituent ni du travail de rue, ni des interventions auprès de personnes prises à commettre un acte illégal, ou toute autre situation nécessitant une intervention policière. Ces activités de prévention ne visent nullement à amener des résidants, par exemple, à accepter ou à tolérer des comportements normalement régis par le code criminel, mais plutôt à encourager les citoyens à s'impliquer dans la sécurité de leur quartier.

Les principaux partenaires :

- Arrondissements
- Centres jeunesse

- HLM
- Organismes de formation en médiation
- Organismes sociocommunautaires de quartier
- Postes de quartier (Service de police de la Ville de Montréal)
- Société de transport de Montréal

CONTRAT DE VILLE

En juin 2002, à l'occasion du Sommet de Montréal, la Ville de Montréal et le gouvernement du Québec ont conclu une importante entente de partenariat. Le contrat de ville prévoit, pour les années 2003-2007, des investissements variés favorisant l'essor de la métropole et le bien-être de ses habitants.

Volet lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale

Malgré la croissance économique des dernières années, la pauvreté persiste, et ses effets sont dévastateurs pour une partie encore trop importante de la population montréalaise. La Ville et ses partenaires, dont les organismes communautaires, doivent faire face aux problèmes sociaux qui en découlent. Les arrondissements et les organismes communautaires connaissent bien leur milieu et sont en mesure de mettre sur pied des projets répondant aux besoins de leurs quartiers.

C'est ainsi qu'en août 2003, le volet lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale du contrat de ville a fait l'objet d'une première entente administrative, d'une durée de deux ans. Grâce à une contribution annuelle de 5 M$ du ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale, plus de 200 projets par année visant la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale, ont été rendus possibles en 2004 et 2005.

Une deuxième entente administrative, d'une durée d'un an, a été signée en décembre 2005, avec une enveloppe budgétaire de 5 M$ pour la mise en oeuvre d'environ 200 nouveaux projets pour 2006. La Ville de Montréal bonifie les contributions du MESS en investissant annuellement une somme minimale de 2 677 000$ dans la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale.

Secteurs d'intervention

Pour les trois premières années, les contributions, versées à plus de 215 organismes montréalais, ont contribué à améliorer la qualité de vie d'individus et de familles démunis ou exclus. Les projets réalisés retenus s'inscrivent dans l'une des 10 priorités du Sommet de Montréal, soit :

- la revitalisation urbaine intégrée;
- l'intervention au chapitre des phénomènes sociourbains;
- la sécurité alimentaire;
- l'égalité entre les hommes et les femmes, le décrochage scolaire et l'insertion socioprofessionnelle des 18 à 30 ans;
- le soutien à la vie communautaire;
- l'insertion sociale des clientèles à risque;
- le soutien à la famille et à la petite enfance;

- la sécurité urbaine;
- l'accessibilité universelle.

Les partenaires associés à la Ville de Montréal et au MESS

Aux organismes communautaires, viennent s'ajouter de nombreux autres partenaires qui contribuent aux projets, soit par un appui financier, soit par un soutien logistique (prêt de local, expertise-conseil, références de la clientèle).

Ces partenaires - fondations, entreprises privées, gouvernements provincial et fédéral, fonds d'aide - enrichissent les actions initiées par la Ville et le ministère.

Partenaires

- Agence de développement de réseaux et de services de santé de Montréal-centre Québec ;
- Agence de santé publique ;
- Centraide ;
- Centres de santé et de services sociaux ;
- Carrefour Jeunesse Emploi ;
- Congrégations religieuses ;
- Corporation de développement économique et communautaire ;
- Direction de la santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal ;
- Direction Ressources Humaines Canada ;
- Entreprises privées ;
- Fondations ;
- Fonds d'investissement d'économie sociale ;
- Fonds jeunesse Québec ;
- Forum jeunesse de l'Île de Montréal ;
- Institut national de recherche scientifique ;
- Ministère des Affaires municipales et des Régions ;
- Ministères et écoles ;
- Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale / CLE ;
- Ministère de la Famille, des Aînés et de la Condition féminine ;
- Ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles ;
- Ministère de la Sécurité publique ;

- Office des personnes handicapées du Québec ;
- Office municipal d'habitation de Montréal ;
- Patrimoine Canada ;
- Placement carrière été ;
- Priorité jeunesse ;
- Québec en forme ;
- Secrétariat à l'action communautaire autonome ;
- Société d'habitation et de développement de Montréal ;
- Université de Montréal ;
- Université Mc Gill ;
- UQAM ;

DES FONCTIONNAIRES MUNICIPAUX

HISTORIQUE

Parce que Montréal, alors métropole du Canada, mettra en place, dans les années 30, le programme de **« secours direct »**, elle décidera de se doter, en 1941, du **Service du Bien-être social**[xxi] - l'ancêtre du **Service des affaires sociales** (SAS) devenu au fil du temps **la Sécurité du revenu**. En 1957, le *GOUVERNEMENT DU QUÉBEC* reconnaît **le Service du bien-être social** montréalais comme une institution d'assistance publique habilitée à la distribution de **l'aide sociale**, au placement des enfants, des malades et des vieillards. En 1971, alors que le *GOUVERNEMENT DU QUÉBEC* met en place son *MINISTÈRE DE LA FAMILLE ET DU BIEN-ÊTRE SOCIAL*, il abolit du même coup les services municipaux existants et les prend en charge, exception faite, de *LA VILLE DE MONTRÉAL* où il signe un premier contrat de services. Québec paie alors les coûts administratifs en reconnaissant que les services à rendre à la population d'une grande métropole peuvent être différents qu'ailleurs en province.

En 1972, on assiste à la fusion du **Service municipal de santé** au **Service de bien-être social** qui devient alors **le Service des affaires sociales**, ajoutant les services de nursing et de la salubrité publique. Puis, en 1988, on réussit à intégrer les programmes en matière d'emploi.

Depuis 1998, plus de 200 membres sont loués à Emploi-Québec, puisque la Ville de Montréal a perdu la gestion des activités relatives à l'emploi.

Il faut donc comprendre que la Ville de Montréal administre le programme de **sécurité du revenu**, conformément à une entente avec Québec, dont les origines remontent à près de 80 ans. À maintes reprises, la Ville de Montréal aurais prêté des employés afin d'aider le ministère à améliorer les services offerts à la grandeur de la belle province. Selon ces employés, leurs expertises répondrait à des besoins criants, entre autres en matière d'immigration, d'itinérance, de pauvreté, d'exclusion et de chômage, constituerait indéniablement une valeur ajoutée au réseau provincial.

[xxi] Montréal, après avoir mis sur pied son Service du bien-être social, prend en charge les frais d'hospitalisation, l'émission de la carte d'identité de la Ville, la radiation des taxes d'eau, et vient en aide aux veuves nécessiteuses ainsi qu'aux orphelins.

Le poids de la population prestataire de « *l'assistance-emploi* » sur le territoire montréalais (Ancienne Ville de Montréal) représente un élément impondérable quant à l'importance qui doit être attribuée à la gestion du programme de « *l'assistance-emploi* » sur son territoire. En effet, ce sont 90 697 adultes prestataires qui résident dans la région administrative Montréal-Ville, soit 24% de la clientèle du réseau provincial. Avec 21 CLE présents sur le territoire de l'ancienne Ville de Montréal, le maintien de la convention avec le MESS, permet à la Ville de doter les arrondissements d'une vitrine unique sur les services offerts à ses citoyens.

RÉSILIATION DES CONVENTIONS

Le vendredi 17 octobre 2003 - *LE SYNDICAT DES FONCTIONNAIRES MUNICIPAUX DE MONTRÉAL* (SCFP 429)[xxii] est étonné de la sortie publique du Syndicat de la fonction publique du Québec (SFPQ), qui demande le rapatriement par Québec des services de la sécurité du revenu et de l'aide à l'emploi actuellement offerts par la Ville de Montréal. Le *SYNDICAT DE LA FONCTION PUBLIQUE DU QUÉBEC* (SFPQ), qui représente les agents d'aide socioéconomique du *MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ SOCIALE* (MESS).

Le 18 juillet 2006 la Ville de Montréal confirmait sa décision de mettre un terme de façon définitive aux conventions la liant au *MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ SOCIALE* ; ou plus précisément résilier les ententes entre la Ville de Montréal et le gouvernement du Québec en matière de sécurité du revenu et de certains services d'emploi. La Ville de Montréal devait entreprendre des discussions avec Québec et le Syndicat pour en venir à une séparation harmonieuse et respectueuse des employés concernés. Mais la signature de la nouvelle convention collective est conditionnelle au renouvellement à long terme par le gouvernement du Québec des contrats de service qui le lie à la Ville de Montréal en matière de **sécurité du revenu** et de certains services d'emploi sur le territoire de celle-ci. Les parties (la ville et le syndicat) ont entamé une négociation afin que le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale (MESS) prenne la relève du personnel de la Ville le plus rapidement possible.

Ainsi, plus de 1100 fonctionnaires municipaux de Montréal affectés à **l'aide sociale** et à **l'aide à l'emploi** refusent d'être transférés à **la fonction publique du Québec** selon le bon vouloir des ministères de *L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ SOCIALE*.

Pour les quelque 850 employés à l'emploi de *LA DIRECTION DE LA SÉCURITÉ DU REVENU ET DU DÉVELOPPEMENT SOCIAL* transféré au Gouvernement du Québec (MESS), ces derniers sont convaincus que la Ville de Montréal doit poursuivre son partenariat avec le gouvernement provincial si elle veut conserver son expertise en matière de lutte à la pauvreté et d'exclusion sociale et concrétiser les visées du maire Tremblay en cette matière. Pour eux, préserver l'accès direct entre les citoyens et leur environnement politique immédiat, favoriser le développement des diversités sociales et culturelles, participer activement à la lutte à la pauvreté et à l'exclusion, préserver une paix sociale en collaboration avec tous les acteurs du milieu, offrir des services (sécurité, prévention, inspection, etc.) de qualité à tous partout sur l'île et à des coûts corrects pour nous, citoyens de Montréal et payeurs de taxes, maintenir des services comme ceux prodigués lors de la crise du verglas et lors de la crise du logement ou encore pour aider rapidement les communautés comme les Libanais rapatriés de toute urgence lors du conflit qui a opposé le Liban à Israël, soutenir les démunis victimes de sinistres (incendie, inondation, etc.) voilà autant de services municipaux de juridiction publique et non du ressort des OSBL ou de l'entreprise privée.

« C'est d'ailleurs dans l'intérêt public de poursuivre la collaboration historique entre Québec et Montréal. Grâce à l'intégration des divers services, les prestataires sont rapidement pris en charge et reçoivent le meilleur support possible. C'est un avantage concret pour des personnes souvent démunies. Défaire cela serait un recul pour ces gens », de conclure Daniel Papillon Demers.

Ce refus d'être transférer est motivé par :

- être plus près des 144 000 démunis, dont 41 000 enfants, avec qui ils œuvrent tous les jours;

[xxii] Le Syndicat des fonctionnaires municipaux de Montréal (SCFP 429) représente quelque 10 000 fonctionnaires municipaux qui travaillent dans près de 350 emplois différents, tant à la Ville de Montréal qu'au sein de sociétés paramunicipales.

- continuer à lutter efficacement contre la pauvreté et l'exclusion sociale sur le territoire de la nouvelle ville;
- poursuivre 35 ans de partenariat avec plus de 600 organismes qui se consacrent au développement social et économique de la population de même qu'à son bien-être;
- garantir un accompagnement efficace des citoyennes et citoyens vers leur autonomie économique et leur intégration sociale et culturelle;
- rester à l'avant-garde dans le secteur de l'aide aux démunis, qui a servi d'exemple au reste du Québec en matière d'aide sociale, et conserver le leadership de Montréal dans le domaine;
- doter Montréal d'un plan intégré efficace de lutte à la pauvreté et assurer la qualité de vie des démunis sur son territoire;
- créer une authentique synergie et un vrai partenariat entre tous les intervenants sociaux et municipaux de chaque arrondissement;
- maintenir un lien entre les citoyennes et les citoyens et leur environnement politique immédiat afin de renforcer leur sentiment d'appartenance à un milieu de vie;
- continuer à développer la complémentarité des actions et des interventions concertées pour le plus grand bénéfice de la population;
- conserver à Montréal son caractère de ville unique et distincte avec des employés (es) qui possèdent les connaissances et l'expertise requises pour comprendre les réalités complexes de cette ville et offrir un service sur mesure;
- s'assurer que les 144 000 clients épaulés par la Ville de Montréal continuent de recevoir une qualité de services telle que Montréal se classe parmi les premières régions de tout le réseau provincial en terme de performance;
- respecter la tendance de régionalisation du gouvernement du Québec;
- que les fonctionnaires municipaux puissent maintenir des services de secours directs initiés depuis 75 ans et des services d'aide à l'emploi depuis plus de 10 ans. Ces fonctionnaires détiennent une expertise de qualité; ils connaissent le milieu, les clientèles et les partenaires permettant à la Ville de coordonner ses efforts afin de converger ses interventions vers les citoyennes et citoyens aux prises avec la pauvreté.

ENTENTE

Ville de Montréal transfert donc ses activités de la sécurité du revenu ; les fonctionnaires municipaux entériant l'entente de principe conclue avec la Ville de Montréal pour le renouvellement de leur convention collective, mais rendaient sa signature conditionnelle à la reconduction de l'entente entre la Ville de Montréal et le Gouvernement du Québec concernant les services de la sécurité du revenu.

> « Le 20 juin 2007 à la salle *Le Plateau*, c'est dans une proportion de 90,5 % que les cols blancs affectés aux services d'aide sociale, incluant certains services d'emploi, de la révision et du recouvrement - représentés par le Syndicat des fonctionnaires municipaux de Montréal (SFMM, SCFP - 429) - ont voté en faveur de l'entente conclue avec *la Ville de Montréal* et *le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale*.

L'entente permet aux quelque 850 fonctionnaires municipaux (auxiliaires et permanents) de conserver leur emploi, soit à la Ville de Montréal ou au MESS et de maintenir leurs conditions de travail [...]

Le SFMM (SCFP-FTQ) représente les quelque 10 000 fonctionnaires municipaux qui travaillent tant à la ville de Montréal qu'aux sociétés paramunicipale : entre autre la Société d'habitation et de développement de Montréal (SHDM), l'Office municipal d'habitation de Montréal (OMHM).

Le SCFP, quant à lui, représente environ 70 % de tous les employés municipaux au Québec. En plus du secteur municipal, le SCFP est présent dans 10 autres secteurs d'activités au Québec, entre autres, la santé et les services sociaux, l'éducation, les universités, les transports urbain et aérien, l'hydroélectricité, les sociétés d'État et organismes publics québécois ainsi que les communications. Comptant au total près de 100 000 membres au Québec, il est aussi le plus important syndicat affilié de la FTQ. »

Tout d'abord, il a été convenu que la Ville devra régulariser la situation des employés en situation de prêt ou affectés en fonction supérieure dans d'autres services d'ici le 31 mars 2008.

Ainsi, tous les agents d'aide socio-économique qui justifient 15 ans et plus de service obtiendront un statut de permanent à la Ville, tandis que ceux qui justifient entre 10 à 15 ans de service obtiendront ce statut à la Province. Notons également que les fonctionnaires auxiliaires cléricaux justifiant 10 ans et plus de service deviendront tous permanents à la Ville.

DE LA POLITIQUE DE PLAINTES DU MESS

Du professionnalisme et de la compétence

Le fonctionnement des États démocratiques repose sur le postulat que les élus et les fonctionnaires détiennent une charge publique complémentaire visant à garantir l'intérêt général de la population. À ces fins, les ministres ou autres autorités élues (maires, commissaires scolaires) ont une double responsabilité, politique et administrative, en tant que supérieur hiérarchique des personnels mis à leur disposition et responsable des ressources publiques. Les fonctionnaires sont, eux, chargés de mettre en oeuvre les décisions de ces autorités, à condition qu'elles respectent les lois, les procédures établies et l'éthique publique. Ces derniers sont imputables devant ces autorités, et celles-ci le sont à leur tour devant l'assemblée des élus et à travers eux la population, qui contrôle l'exécutif.

Au Québec, une publication récente du Conseil exécutif précise, en se référant à la *LOI SUR LA FONCTION PUBLIQUE*, que pour permettre l'accomplissement de la mission gouvernementale, il importe « *QUE LE FONCTIONNAIRE RESPECTE L'OBLIGATION D'OBÉISSANCE HIÉRARCHIQUE, AINSI QUE CELLE DE LOYAUTÉ ET D'ALLÉGEANCE À L'AUTORITÉ CONSTITUÉE* ». Il est stipulé que cette obligation implique que le fonctionnaire doit non seulement accomplir les tâches de son emploi, mais aussi celles, spécifiques, que lui confient ses supérieurs.

L'employé de la fonction publique doit s'acquitter de ses tâches avec professionnalisme. Il doit mettre à contribution ses connaissances, ses habiletés et son expérience dans l'atteinte des résultats visés. Il est responsable de ses décisions et de ses actes ainsi que de l'utilisation judicieuse des ressources et de l'information mises à sa disposition. Remarquons que l'obligation de loyauté et d'allégeance renvoie aux principes démocratiques et requiert du fonctionnaire « *QU'IL DÉFENDE LES INTÉRÊTS DE SON EMPLOYEUR ET ÉVITE DE LUI CAUSER DU TORT, PAR UN LANGAGE OU UN COMPORTEMENT INAPPROPRIÉ OU EN DIVULGUANT DES RENSEIGNEMENTS DE NATURE CONFIDENTIELLE* ». Dans ce contexte, la conduite individuelle des fonctionnaires (qui concerne strictement la responsabilité de l'individu et de sa ligne hiérarchique, qui met en oeuvre une politique publique dans un cadre organisationnel réglementé) ne doit pas être confondue avec l'éthique de l'action publique de l'État (qui relève des élus, participe de la substance et de la pertinence de la décision publique elle-même), même si elles ne sont pas sans incidence mutuelle.

Le personnel de la fonction publique soumis aux **normes d'éthique** et **des règles de déontologie** régissant les fonctionnaires québécois énoncés dans la *LOI SUR LA FONCTION PUBLIQUE* (L.R.Q., c. F-3.1.1) et le *RÈGLEMENT SUR L'ÉTHIQUE ET LA DISCIPLINE DANS LA FONCTION PUBLIQUE* (R.R.Q., c. F-3.1.1, r. 0.4).

Des plaintes qui ne produisent aucun effet

La confiance de la population envers les administrations publiques a été entamée, au cours de la dernière décennie, par des **« affaires »** semblant relever, de la part des fonctionnaires, de manquements à leur déontologie professionnelle. À ces occasions, l'actualité a révélé au grand jour la complexité des rapports entre le palier politique et les appareils administratifs.

Il existe une *POLITIQUE MINISTÉRIELLE DE GESTION DES PLAINTES* couvre les plaintes touchant la prestation des services et l'ensemble des programmes, des mesures, des produits et des activités du *MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ SOCIALE*. La politique s'adresse à l'ensemble du personnel du *MINISTÈRE DE L'EMPLOI, DE LA SOLIDARITÉ SOCIALE ET DE LA FAMILLE* et à celui qui offre des services aux citoyens au nom du Ministère sur le territoire de *LA VILLE DE MONTRÉAL*.

Cette politique ne s'applique pas aux dénonciations et aux manquements aux règles de l'éthique généralement reconnues dans la fonction publique, dont les traitements sont prévus à d'autres paliers. De plus, **la plainte** est un recours différent de **la révision**, de **l'appel au Tribunal administratif du Québec** et du **réexamen administratif**; elle les complète, mais ne s'y substitue pas.

L'engagement des autorités du Ministère de même que la sensibilisation, la mobilisation et l'adhésion de l'ensemble du personnel sont essentiels à la mise en place de la politique. La gestion des plaintes relève d'abord des gestionnaires des unités administratives. Ces derniers sont responsables des décisions prises.

DU VENT DE RENOUVEAU À LA SÉCURITÉ DU REVENU : LE « PROJET CONVERGENCE »

« PROJET CONVERGENCE »

Annoncé en octobre 2005, le « **projet Convergence** » au ministère de *l'Emploi et de la Solidarité sociale* est axé sur la mise en place de services qui répond au nouveau contexte du marché du travail et aux différents besoins des Québécoises et des Québécois.

Ce « **Projet Convergence** » du ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale (MESS) fusionne les services de *la Sécurité du revenu* et ceux *d'Emploi Québec. Le Ministère de l'emploi et de la Solidarité sociale* regroupe donc ses deux principaux champs d'activités en un seul guichet unique, sous le nom d'Emploi-Québec. Si l'année 2005 a permis de développer la vision et les orientations du projet et de les valider auprès de la commission des partenaires du marché du travail, le « **Projet Convergence** » entame en 2006 sa phase de mise en œuvre. Cette réforme se fait dans la lignée du plan de modernisation de l'État dévoilé le 5 mai 2004 qui a entre autres pour buts de faciliter l'accès aux services par les citoyens et d'en diminuer les coûts. Les changements proposés par la ministre dans le cadre du projet Convergence relèvent d'une restructuration des services publics d'emplois et ceux-ci visent essentiellement à améliorer le soutien auprès des personnes éloignées du marché de travail en vue de leur intégration à l'emploi.

Guichet unique pour les services : dorénavant, le processus d'accueil, d'évaluation et de référence de toutes les « *clientèles* » de ces deux agences sera assumé par une seule entité : l'agence Emploi Québec. Les nouveaux centres d'Emploi-Québec constitueraient un guichet unique pour tous les services d'aide à l'emploi et d'aide sociale.

Les nouvelles agences prendront le nom d' « *Emploi-Québec* » et regrouperont sous une porte unique les services préalablement offerts par la *Sécurité du Revenu* (mesures passives d'aide à l'emploi) et *Emploi-Québec* (mesures actives d'aide à l'emploi) :

Le « **projet Convergence** » vise à établir deux lignes d'affaires distinctes, mais complémentaires dont l'une a trait à l'offre des services publics d'emplois alors que l'autre concerne l'offre de service de solidarité sociale. Plus particulièrement, les services publics d'emplois, sous la responsabilité *d'Emploi-Québec*, deviendraient la porte d'entrée de tout demandeur de prestation d'aide sociale afin de le mettre en contact immédiatement avec le marché du travail. En complémentarité, la *Sécurité du revenu* deviendrait l'interlocuteur privilégié des personnes incapables de travailler à court terme. Elle serait aussi responsable des interventions de *solidarité sociale* destinées à soutenir leur intégration socioprofessionnelle et à favoriser, à terme, leur succès aux mesures et programmes dispensés dans le cadre des services publics d'emplois ». Ainsi, le fil conducteur qui reliera les deux fonctions est l'emploi, comme outil de *lutte à la pauvreté*.

Les résultats visés comprennent une hausse du taux d'emploi, une diminution du taux d'assistance-emploi, et la préparation d'un large bassin de main-d'œuvre capable de répondre aux besoins du marché du travail. Pour ce faire, une intégration des fonctions « *emploi* » et « *solidarité sociale* » sera faite au sein du *Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale*.

La Fédération canadienne de l'entreprise indépendante applaudit la volonté d'unifier les réseaux d'Emploi-Québec et de la Sécurité du revenu. « *Dans un contexte de pénurie de main-d'œuvre qualifiée, qui ira en s'aggravant, il faut faire preuve d'une nouvelle vision pour redonner confiance aux gens face au marché du travail, les inciter à retourner sur le marché du travail et contribuer au développement des économies locales et régionales.* »

Ainsi, tous les nouveaux demandeurs devront préalablement être évalués d'un point de vue « employabilité » afin d'établir une démarche vers le marché du travail pour chacun de ceux qui le désirent.

Ce changement institutionnel aura un impact sur la direction de plusieurs services reliés au développement des compétences en emploi. Ainsi, l'intervention sectorielle, le développement des compétences de la main-d'œuvre, la gestion de la loi 90 (travailleurs de la santé) ainsi que celle du fonds national de formation de la main-d'œuvre, se retrouvera désormais sous le chapeau de la nouvelle Direction générale du développement de la main-d'œuvre. Cette entité est placée sous l'autorité de la Commission des partenaires du marché du travail.

En outre, afin de favoriser la cohérence et la convergence des interventions et des ressources consacrées à la formation de la main-d'œuvre, les responsabilités suivantes ont été confiées à la Commission des partenaires du marché du travail :

- l'intervention sectorielle;
- le Cadre général de développement et de reconnaissance des compétences, y compris les métiers réglementés;
- la gestion de la Loi favorisant le développement de la formation de la main-d'œuvre et du Fonds national de formation de la main-d'œuvre

En matière d'aide à la personne, le projet Convergence prévoit que les services de solidarité sociale se consacrent à la clientèle des adultes prestataires d'une aide financière de dernier recours qui ne sont pas prête à entreprendre immédiatement une démarche vers l'emploi. Emploi-Québec poursuivra à cette fin le parachèvement et l'implantation des différents programmes d'aide et d'accompagnement social, créés dans le cadre de la Loi sur l'aide aux personnes et aux familles, pour aider cette clientèle éloignée à entreprendre une démarche favorisant sa participation active à la société et pour la préparer adéquatement à participer à une mesure ou à un programme d'aide à l'emploi et ainsi accroître ses possibilités d'accéder au marché du travail.

Cette réforme comprend un regroupement régional du traitement des dossiers des personnes ayant des contraintes sévères à l'emploi, qui étaient auparavant pris en charge localement. La nouvelle entente de gestion fait en sorte que trois directions relèvent maintenant de la Commission des partenaires du marché du travail. Ainsi, la Direction du Fonds national de formation de la main-d'œuvre (DFNFMO), la Direction de l'intervention sectorielle (DIS) et la Direction du développement des compétences en milieu de travail (DDCMT) relèvent maintenant de la Commission des partenaires du marché du travail.Une nouvelle direction des services intégrés (DGDMO), a été mise sur pied.

Reconnu comme un partenaire de plein droit depuis l'adoption de la Loi 150 créant *Emploi-Québec* et *la Commission des partenaires du marché du travail*, la mouvance communautaire est maintenant partie prenante de toutes les discussions et débats avec les représentant(e)s des milieux syndicaux, patronales et des réseaux institutionnels.

Rappelons qu'en septembre 2005, *la Commission des partenaires du marché du travail*, qui s'acquitte des responsabilités qui lui sont dévolues en vertu de la *Loi sur le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale et instituant la Commission des partenaires du marché du travail* (Loi 150), a quant à lui accorder son appui au **« Projet Convergence »** en y associant certaines conditions, dont la conclusion d'une nouvelle entente avec la ministre de l'Emploi et de la Solidarité sociale. La Commission avait alors souhaité qu'un mécanisme de suivi formel lui permette d'apprécier les résultats de la mise en oeuvre du Projet Convergence sur cinq points : l'amélioration des services à la clientèle; la hausse du taux d'emploi; la diminution du taux de dépendance à l'assistance-emploi; une augmentation du bassin de main-d'oeuvre capable de répondre aux besoins du marché du travail; et un accompagnement plus soutenu et mieux structuré auprès des entreprises. La Commission a également approuvé le rapport annuel de gestion d'Emploi-Québec pour l'année 2005-2006 ainsi que le plan d'action annuel du volet Emploi de la nouvelle agence « convergé » pour 2006-2007. De plus, le **« projet Convergence »** *d'Emploi-Québec* et *Sécurité du revenu* et la restructuration du ministère de *l'Emploi et de la Solidarité sociale* (MESS) a beaucoup retenu l'attention des partenaires du marché du travail.

LA PRISE EN CHARGE DES SINISTRES UNIFORMISEE

Avant le premier janvier dernier, dans les neuf arrondissements de l'ancien Montréal, c'était les fonctionnaires du Service de la sécurité du revenu qui occupaient de la prise en charge des sinistrés. Or, Ces fonctionnaires relevant maintenant du gouvernement du Québec, il a fallu les remplacer. On a donc étendu à ces neuf arrondissements le service déjà assuré ailleurs sur l'île par la Croix-Rouge et Jeunesse au Soleil.

STRATÉGIES/OBJECTIFS – EMPLOI-QUÉBEC : 2007-2008

Les services de solidarité sociale poursuivront la mise en œuvre de la réforme du régime de la sécurité du revenu en :

- parachevant l'implantation des programmes et des mesures de la Loi sur l'aide aux personnes et aux familles et du règlement d'application dont les dates d'entrée en vigueur sont postérieures au 1er janvier 2007 (ex. : Programme alternative jeunesse le 1er avril, mesures concernant la contribution parentale le 1er juillet);

- assumant, dans le cadre des programmes d'aide et d'accompagnement social, la responsabilité de :

  - poursuivre le déploiement du programme Devenir, qui s'adresse aux prestataires pour qui l'accès au marché du travail ne peut être envisagé à court terme, mais qui pourraient participer à des mesures offertes par les services publics d'emploi à l'intérieur d'un délai de douze mois. Les unités locales, régionales et centrales d'Emploi-Québec devront conjuguer leurs efforts pour favoriser l'atteinte des cibles rattachées à ce volet en 2007-2008;

  - mettre en place le programme Interagir. Ce programme s'adresse aux personnes pour qui l'accès au marché du travail ne peut qu'être envisagé à long terme, ainsi qu'à celles dont les possibilités de retour au travail sont évaluées, en début de participation, comme très faibles; entre autres, des projets spécifiques auprès des femmes éloignées du marché du travail feront l'objet d'une expérimentation dans le cadre de ce programme;

  - assurer l'intégration de la mesure Insertion sociale dans les programmes d'aide et d'accompagnement social;

  - mettre sur pied un troisième programme d'aide et d'accompagnement social, soit le programme Réussir, destiné aux prestataires avec contraintes sévères à l'emploi qui fréquentent un établissement d'enseignement secondaire en formation professionnelle ou postsecondaire au sens de la Loi et du Règlement aux personnes et aux familles. Ces personnes peuvent ainsi maintenir leur niveau d'aide financière accordée par le Ministère;

- actualisant le dispositif de repérage existant afin d'identifier également, parmi les prestataires du Programme d'aide sociale sans contraintes de santé, ceux qui sont les plus susceptibles de bénéficier d'une aide des services publics d'emploi ou des programmes d'aide et d'accompagnement social ;

- mettant en œuvre les engagements annoncés dans le cadre de la Politique québécoise du médicament à l'égard des prestataires de la sécurité du revenu sans contraintes sévères à l'emploi, des prestataires avec contraintes temporaires et des titulaires d'un carnet de réclamation qui bénéficieront de la gratuité complète des médicaments à compter de juillet 2007.

VERS UNE NOUVELLE POLITIQUE SOCIAL ET UN NOUVEAU CONTRAT SOCIAL

Des gains de productivité et de la bonne gouvernance

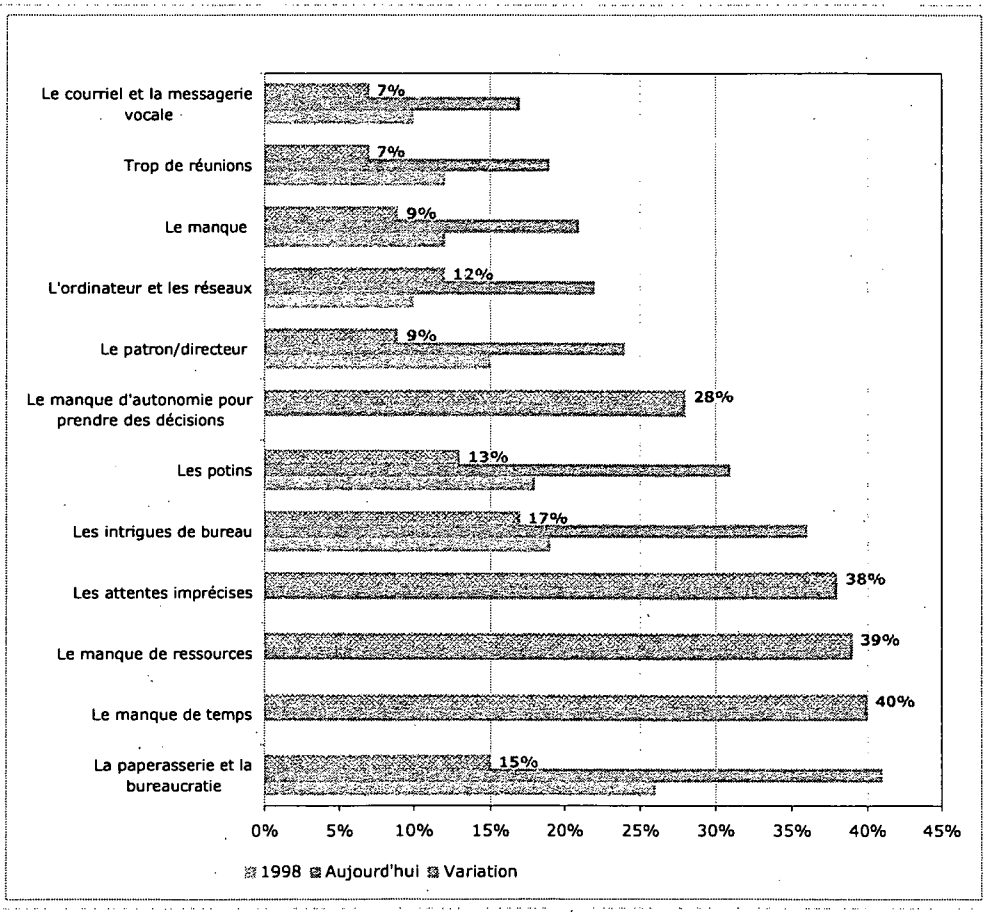


Figure 5 La bureaucratie nuit au travail de bon nombre de Canadiens, selon un sondage de RBC[23].

Afin de contré **la dégradation du tissu social,** une véritable collaboration de tous les intervenants concernés : ministère, agences, syndicats, professionnels, associations, fédérations, directions générales, etc., permettront l'atteinte de cet objectif.

[23] Ces conclusions sont tirées d'un sondage RBC effectué par Ipsos Reid du 5 au 15 novembre 2007. Avec un échantillon de cette taille, les résultats sont considérés comme précis à +/- 2,2 points de pourcentage près, 19 fois sur 20.

Quelques réflexions préliminaires d'une politique de lutte contre l'itinérance

Prévention de l'itinérance, du nomadisme, de la précarité résidentielle, socioéconomique et de la dégradation du tissue social

Prémisse d'une politique communautaire et social :

- Promouvoir une plus grande intégration de services offerts à Montréal en matière d'itinérance (incluant le logement) afin de combler le manque à gagner historique au niveau des services et assurer une meilleure qualité en terme de réponse aux besoins spécifique de la personne;
- assurer l'imputabilité et l'expertise des organismes communautaires qui reçoivent des fonds en matière de services aux itinérants et à ceux qui risquent de le devenir;
- assurer une meilleure cohérence et complémentarité des services offerts entre les organismes communautaires et organismes publics;
- assurer une articulation concertée des ressources dans une perspective d'intégration des services afin d'assurer un continuum de prestation afin de contrer l'itinérance;
- assurer la qualité de la prestation des services dans certains organismes œuvrant auprès des personnes itinérantes;
- promouvoir des initiatives novatrices susceptibles de contribuer à combler les lacunes dans les services actuellement offerts aux personnes itinérantes;
- développer un ensemble de mesures afin d'agir en amont de l'itinérance et de la dégradation du tissu sociale;
- développer un ensemble de mesures de développement et de changement personnel dans le cadre de logement social.

Les personnes en situation d'exclusion et de précarité provoquent l'apparition d'une nouvelle figure du sujet de l'itinérance. L'apparition au cours des dernières années de nouvelles tranches de population (jeunes, femmes, familles, personnes en situation de handicap, familles immigrées), la rareté des ressources d'hébergement et de logements sociaux, une crise du logement qui persiste sur le marché locatif résidentiel « bas de gamme », et la présence de locateurs récalcitrants, la nécessité de développer des services de soutien communautaire pour permettre aux personnes vulnérables de se maintenir dans la communauté, sont autant d'éléments constituant la problématique sociétaux.

Le plan d'organisation de services aux ménages doit donc tenir compte des éléments, du contexte sociétal, afin de supporter une politique de l'itinérance probante et optimale. Il faut donc établir des liens synergiques, un partenariat; un système complet de liens entre intervenants, organisme public et communautaire, ainsi que les acteurs sociaux et de décideurs. Ainsi, en support d'une politique de l'itinérance, l'élaboration et la mise en œuvre des plans d'action concertés en itinérances sont nécessaires, essentielles et primordiales. De développement d'outils afin de faire face aux exigences de la résolution du problème de l'itinérance s'avère également une composante essentielle à la mise en œuvre de plan d'action supportant une politique de l'itinérance. On doit certainement viser à créer des liens formels de collaboration entre les divers services. Un manque de lien nuit nécessairement à l'accessibilité des services pour les personnes qui nécessitent un accompagnement soutenu et continu.

On distingue, sommairement et entre autres, les éléments de services suivants :

- l'hébergement d'urgence;
- les logements de transition;
- les services de soutien;
- et le continuum de services.

La notion de continuum de services fait référence à la fois à la continuité et la complémentarité des services requis par une personne. Le continuum de services vise à éviter les ruptures de services et à développer des modes efficaces de collaboration.

« Le plan d'action communautaire pour contrer l'itinérance doit viser à la fois le logement et les services connexes, de l'amont du phénomène de l'itinérance jusqu'à celui du logement permanent avec ou sans soutien communautaire, et ce doit de créer des formules de partenariat qui met à contribution les secteurs sans but lucratif, public et privé. »

« Le plan d'action communautaire pour contrer l'itinérance se doit de reposer sur un modèle d'organisation systémique de services en itinérance visant à prévenir l'émergence de l'itinérance, à soutenir les personnes à risque, atténuer les conséquences de leur condition de vie sur leur état de santé, favoriser la réinsertion sociale. »

« Le plan d'action communautaire pour contrer l'itinérance se doit de développer et d'utiliser des outils menant à l'autonomie de la personne dans un contexte de lutte contre l'itinérance. La personne ne doit pas devenir dépendante de l'aide qu'elle reçoit »

« Le plan d'action communautaire pour contrer l'itinérance devra répondre aux besoins des spécifiques de la personne qui sont sans logis ou qui vivent dans des logements inférieurs aux normes, et doit établir les paramètres de base pour combler les lacunes dans le continuum de services de logement. »

Le visage de l'itinérance est divers et complexe. On s'aperçoit ainsi que l'itinérance est vécue différemment selon l'âge, le sexe et les conditions familiales des individus touchés. En outre, je distingue également un phénomène de nomadisme et de précarité résidentielle qui peut mener vers une itinérance temporaire et même permanente. Tomber dans l'itinérance, c'est comme tomber dans un puits. Il faut remonter. Et si l'environnement et les conditions ne permettent pas de remonter, la personne sombre alors dans **« l'abandonisme »**.

« Le plan d'action communautaire permettrait en effet de dresser un portrait préliminaire d'une politique de l'itinérance. Je rappelle que le concept de l'itinérance me semble quelque peu difficultueux à appréhender et je ne suis pas sûre que la plupart des décideurs ont assez d'expérience de vie afin de comprendre l'itinérance, ainsi que tous les tenants et les aboutissants qui mènent une personne à l'itinérance. »

Ainsi, le plan d'action communautaire doit produire et présenter une documentation permettant aux décideurs de différents horizons d'agir sur le phénomène de l'itinérance, et de proposer des moyens d'action afin d'y remédier. Corrélativement, le plan d'action communautaire doit définir les problèmes de l'itinérance avec le plus d'exactitude possible, présentée, des moyens d'action précisent, pour chacune d'entre elles. Aussi, le plan d'action communautaire doit présenter un portrait le plus exact possible de l'itinérance et présenter un plan « d'attaque » que le gouvernement pourrait enrichir et complémenter de par sa position de décideur, et ce, autant financièrement que législativement. Il doit donc fournir un outil qui permet aux décideurs de vérifier la présence d'un phénomène afin qu'ils puissent s'assurer que les moyens d'action sont opportuns, appropriés, fondés et viables.

Le plan d'action communautaire est fondé sur une recherche qui portera sur les différents thèmes :

- L'importance de la population concernée présentant des problèmes de santé, de santé mentale;

- L'analyse des différentes problématiques psychopathologiques;
- Les précisions des relations entre santé, exclusion et précarité;
- L'analyse des pratiques;
- L'analyse des différents types de collaboration entre les acteurs;
- L'analyse du fonctionnement des dispositifs et particulièrement les relations entre le secteur public et le secteur associatif;
- La construction d'un observatoire des pratiques;
- L'analyse des coûts induits;
- L'analyse des représentations qu'à cette population d'elle-même.

Il existe un déficit patent de connaissances scientifiques concernant ces populations, il est vrai difficiles, à inclure dans des projets de recherche. Nous manquons de réelles connaissances concernant :

- La connaissance de leurs besoins;
- La connaissance de leurs pathologies et de leurs retentissements en terme de santé publique;
- Les formes et les expressions de la pathologie mentale dans ces populations exclues ou précaires;
- Les organisations institutionnelles et les pratiques institutionnelles;
- L'évaluation des dispositifs existants ou mis en place.

INTERVENTIONS SOCIALES ET INTERVENTIONS SOCIO-EDUCATIVE

« L'écologie, c'est la protection de la nature »



« *L'approche écologique en promotion et en éducation pour la santé considère que la santé est le résultat dynamique des interactions entre les individus et leurs environnements* » (Green et collab., *Settings for health promotion*, 1999). Cette définition reprend les idées principales de **l'approche écologique** (résultat dynamique, interactions, individus et environnements) dont le principe commun aux approches écologiques :

1. **L'interdépendance** : tout changement dans l'une des composantes d'un écosystème naturel influence les autres composantes ;
2. **l'adaptation** : pour survivre tout organisme doit s'adapter aux changements environnementaux ;
3. **le recyclage des ressources** : tout changement efficace doit tabler sur les ressources qui existent déjà de façon naturelle ;

4. **la succession** : tout changement est une suite structurée de modifications jusqu'à ce que l'écosystème retrouve un équilibre acceptable.

Inspiré de la tradition de l'**écologie biologique**, le concept **d'écologie sociale** sert à décrire cette inscription des populations dans un environnement physique, économique, culturel et social en interaction avec un substrat biologique[27]. Le **modèle écologique du développement humain** est né au tournant des années 1970-1980 des travaux de Urie Bronfenbrenner, un psychologue/chercheur américain.

Située par rapport à la sphère du familial, l'action consistant à accomplir temporairement à la place des parents la plupart des actes éducatifs usuels n'apparaît toutefois pas comme la seule forme d'aide dont bénéficient les familles pour élever leurs enfants lorsque des difficultés surviennent. Par ailleurs, en l'absence de difficultés avérées, la socialisation des enfants s'opère depuis longtemps de plus en plus hors de la famille mais aussi à et hors de l'école.

Dans les sociétés occidentales contemporaines, et notamment en France, les formes d'aide dont bénéficient les familles pour élever leurs enfants se révèlent nombreuses et diversifiées : multiplicité des types de prestations versées, diversité des services « hors secteur concurrentiel » effectués à domicile par de nombreuses catégories de travailleurs sociaux, accès à des équipements sociaux collectifs diversifiés... En dépit de ces différentes formes d'aide, les groupes familiaux peuvent être confrontés à des difficultés de natures diverses dans l'accomplissement des tâches éducatives, entraînant souvent, mais pas toujours, la mise en œuvre d'interventions sociales.

Depuis une vingtaine d'années on assiste dans les pays occidentaux à une tendance durable, en travail social et éducatif, à concentrer les politiques et actions entreprises vers des publics de plus en plus sélectionnés; il est de plus en plus ordinaire, qu'en préalable, à côté des objectif socio-éducatif classiques des politiques et action sociales, en figurent d'autres, liés uniquement à la connaissance des « publics ciblés ». Certaines actions sociales, se sont par ailleurs nettement infléchies, année après année, au gré des variations d'objectifs et de réglementations, passant d'une modalité d'intervention « générale », vers l'accompagnement d'individus repérés et suivis.

Selon la typologie établie par P. *Durning* (1995), on peut distinguer trois catégories d'interventions **socio-éducatives** en fonction de la position éducative :

- ceux qui assurent une fonction éducative spécifique clairement complémentaire de l'action éducative familiale ;
- ceux qui aident les parents ou le groupe familial à assurer ses tâches éducatives ;
- ceux qui, intervenant auprès des parents pour pallier leurs défaillances, assument souvent à titre temporaire l'essentiel des activités familiales d'éducation, de préférence, dans le domaine de la suppléance familiale, mais peut également se produire dans des institutions.

Une fonction de cette typologie, les recherches relatives aux interventions **socio-éducatives** s'intéressent aux politiques sociales, aux dispositifs institutionnels, aux pratiques développées par différentes catégories de professionnels en direction de populations spécifiques.

Dans ce contexte **théorique de l'organisation et de l'intervention socio-éducative** individuelle ou collective, **l'aidant** est impliqué dans une relation **socio-éducative** de **proximité** inscrite dans une **temporalité**. Il aide et accompagne des personnes, des groupes ou des familles en difficulté dans le développement de leurs capacités de socialisation, d'autonomie, d'intégration et d'insertion. Pour ce faire, il établit une **relation de confiance** avec la personne ou le groupe accompagné et élabore son intervention en fonction de son histoire et de ses potentialités psychologiques, physiques, affectives, cognitives, sociales et culturelles.

L'intervention socio-éducative demande la mobilisation des ressources de l'environnement des apprenants et renvoie d'abord à la capacité à identifier les potentialités et les difficultés de la personne ou du groupe, de savoir appréhender la singularité du milieu de vie, notamment familial et culturel, puis de solliciter l'environnement (famille, organisations, réseaux..) afin les transformer en ressources. C'est en même temps développer des actions

avec/sur le milieu permettant l'évolution des représentations sociales de l'environnement à l'endroit des publics concernés (faire évoluer les perspectives, les perceptions). De plus, il est opportun d'identifier les potentialités, les compétences mais aussi les faiblesses ou incapacités individuelles et collectives, puis mobiliser ou favoriser les actions permettant l'expression, les interrelations (ex : entretiens, les activités), la valorisation et la responsabilisation. **L'intervention socio-éducative** nécessite une action a une visée socialisante dans une pratique de terrain, à la capacité à gérer un groupe et les interactions de ses composantes par le biais notamment d'activités collectives, en prévenant des conflits, en gérant les situations de crise... L'accompagnement de la personne ou du groupe dans la construction de son **identité** et de sa **singularité** renvoient à considérer la personne comme sujet unique et l'amener a élaborer un projet individualisé qui soit porteur de sens, d'identité, d'estime de soi et donc s'inscrivant dans une démarche de valorisation d'une position d'acteur. Pour un groupe, c'est plutôt le projet collectif qui sera porteur de ses finalités. L'accompagnement doit valoriser le respect des choix et de l'intimité c'est devoir valoriser cette position d'acteur/aidant doit convoquer pour le professionnel une posture éthique (respect de la mission, de la personne, maîtrise de l'implication non intrusive, ne pas faire à la place de...).

La conception et la conduite d'une action **socio-éducative** au sein d'une équipe est d'abord collective uisque émanant du travail d'une même équipe éducative. Il s'agit donc d'une « **construction** » qui requiert de la part de l'aidant une capacité à travailler avec d'autres professionnels et d'intégrer éventuellement d'autres partenaires dans la mise en œuvre du dispositif éducatif. **L'apprenant**, au sein de **l'intervention socio-éducative**, est par principe étroitement associé à l'élaboration et à la formalisation du projet qui le concerne. Lorsque la situation s'avère plus délicate ou difficile, **l'aidant** y associera sa famille ou ses représentants. Il ne s'agit pas en effet de construire un projet pour **l'apprenant**, mais de le faire avec la personne concernée. Cet aspect veut rappeler la question éminente et centrale du sens de **l'intervention éducative**.

La conception et la conduite d'une action éducative s'appuie fermement sur la mise en œuvre d'un dispositif dont il importe pour l'aidant d'en maîtriser « *a minima* » les potentiels en termes de ressources -- en l'occurrence les moyens matériels et humains disponibles au sein de l'institution ou du service, mais aussi celles des partenaires extérieurs éventuels -- qu'il faut mobiliser de façon concrète et concertée, sur des points précis du projet, afin, non seulement de l'activer, mais encore d'en vérifier tout au long de la mise en œuvre et de son déroulement, la pertinence, l'actualité ou la nécessité d'en ajuster certains aspects au mieux des intérêts du bénéficiaire.

Cet aspect de la conduite de l'action requiert un travail de concertation avec les autres acteurs et partenaires, avec la nécessité d'asseoir des positions, de les argumenter tout autant que de les réinterroger au travers des questions que peuvent renvoyer les autres collaborateurs.

D'un point de vue plus logistique ce même aspect de la mise en œuvre de l'action nécessite la mise à disposition de moyens matériels et opératoires qui participent directement à la concrétisation et la réalisation d'actions individuelles ou collectives qui viennent apporter des éléments de réponse au regard des diverses situations et sous des formes ou autres supports les plus appropriés (activités, sorties, séjours de vacances, de rupture...). Ceci concerne tout ce qui concrètement procède de la mise en œuvre de l'action. Il s'agit là de la phase active du dispositif.

L'aidant occupant une place centrant au sein de la conception et de la conduite d'une action éducative de **l'intervention socio-éducatif**, l'aidant assume également « *ipso facto* » une « qualité de référent de la personne ou du groupe vis-à-vis de l'institution ». À ce titre la conception et la conduite d'une action exigent que son responsable -- l'aidant -- soit en mesure d'y apporter des éléments, non seulement d'appréciation, mais aussi de compréhension entre le projet initial et les effets observés lors de son déroulement, en référence à des critères d'objectivation et des apports de réflexion critiques sur le déroulement de l'action, la pertinence du dispositif mis en place, sa propre place d'acteur et celle des autres.

Il incombe donc à l'aidant de rendre compte à ses « mandataires » - institution, service, tutelles... - de l'action socio-éducative qu'il aura ainsi conduite.

La construction d'un cadre d'analyse et d'une expertise des pratiques éducatives et sociales on peut distinguer deux compétences que le professionnel doit entretenir en permanence :

- c'est la capacité à se situer en référence à différents cadres théoriques (organisationnel, disciplinaire, sociétal) ;

- c'est la capacité à se doter de moyens afin de pouvoir actualiser une pratique professionnelle à la lumière et en articulation avec ces cadres de référence.

La communication tant un tel contexte exigent la capacité importante de l'aidant à partager l'information avec ses collègues, ses partenaires, à la transmettre oralement et/ou par écrit, dans des temps formels (réunions) ou informels, et faire que la communication interne et externe soit facilitatrice des relations professionnelles. Elle exige la veille permanente à l'évolution des connaissances techniques et théoriques du champ social et éducatif afin de maintenir une pratique adaptée à celles-ci. Cette veille permanente appel à cette capacité d'ouverture attentive afin de se mobiliser pour, à la fois saisir les évolutions des discours professionnels, des approches théoriques, des textes de référence, mais aussi être attentif aux transformations sociétales, des phénomènes sociaux qui peuvent produire des changements notamment dans les politiques publiques et sociales...

Ces évolutions obligeant à questionner les pratiques. Cette vigilance, cette obligation professionnelle nécessitent, à coté des observations directes, la mobilisation de moyens existants (ouvrages, colloques, Internet...).

La capitalisation des acquis individuels et collectifs par une formalisation de ceux-ci en vue de faire progresser et de partager son propre savoir professionnel repose sur 1) la capacité à participer à la production de connaissances pour/sur le secteur professionnel (en élaborant des écrits professionnels, des outils théoriques, méthodologiques...) et donc produire de la culture professionnelle qui doit pouvoir se transmettre et donc nourrir celui-ci ; 2) la capacité à participer à la production des connaissances pour/sur le secteur professionnel (en élaborant des écrits professionnels, des outils théoriques, méthodologiques...) et donc produire de la culture professionnelle qui doit pouvoir se transmettre et donc nourrir celui-ci ; 3) la capacité à intégrer la démarche d'évaluation comme nécessité professionnelle. 4) la capacité plus politique à penser le sens de son action, de son engagement.

HISTORIQUE DES VERSIONS

Version 0.1 à 0.3

- ajout de la section avant-propos ;
- ajout de la section manifeste ;
- modifications apportés à la préface ;
- retrait de la section sur l'étude de cas ;
- modifications substantielles de la section « Observations préliminaires » ;
  - sous-section : Accès à l'aide juridique ;
  - sous-section : De la santé et de la maladie mentale;
  - sous-section : Du logement et des ménages locataires ;
  - sous-section : Du système d'éducation ;
  - sous-section : Du système santé ;
- ajout de la sous-section « du logement et des ménages locataires » dans la section « Observations préliminaires » ;
- ajout de sous-sections sur la santé mentale et la maladie mental dans la section « Observations préliminaires » ;
- ajout de sous-sections sur l'"intervention socio-éducative ;

Version 0.3 à 0.4

- modifications substantielles de la section « Observations préliminaires » ;
  - ajout de la sous-section : Qu'est-ce que le tissu social ;
  - ajout de la sous-section : De l'immaturité infantile et de la maternelle ;
- ...

Version 0.4 à 0.6

- ajout de la section « déterminants de la santé » ;
- ajout de la section « l'équité en matière d'employabilité » ;
- ajout de la section « de la pauvreté et le phénomène d'exclusion sociétale» ;

- ajout de la section « politique et intervention sociale » ;
- ajout de la section « de la médiation sociale ou socio-économique » ;
- ajout de la section « Interventions sociales et interventions socio-éducatives ;
- réorganisation de l'ensemble des sections.

Version 0.6 à 0.7

Refonte majeure du document.

Erratum

INDEX

E

Exclusion sociale 14
désocialisation 14
marginalisation sociale 14
relégation 14
stigmatisation 14

P

Participation citoyenne
citoyen dissident passif-actif 8
Pauvreté (La) 37
Programmes
secours direct 95

S

Syndicats
SCFP 429 96

T

Tissu social 33
cohésion sociale 33
rupture 33
tutelle 37

TABLE DES ILLUSTRATIONS

[1] Young KT. Population health: concepts and methods. New York, NY: Oxford University Press; 1998.
[2] Marmot M, Wilkinson RG. Social determinants of health. Oxford, UK: Oxford University Press; 1999.
[3] Helliwell JF, editor. La contribution du capital humain et social à une croissance économique durable et au bien-être: rapport du symposium international. Ottawa, Ont: Développement des ressources humaines Canada; 2001.
[4] Serge Paugam, ed. L'exclusion, l'état des savoirs, Paris, La Découverte, 1996.
[5] Robert Castel, Les Métamorphoses de la question sociale, Fayard, 1995.
[6] Organisation mondiale de la Santé (OMS)., (2008). « *Combler le fossé en une génération : Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé* », Commission des Déterminants sociaux de la Santé | résumé analytique du rapport final, Genève (Suisse).
[7] Evans R. G., Barer M. L., Marmor T. R., « Why are people healthy and others not? The determinants of health of populations ». New York, NY: Aldine de Gruyter; 1994.
[8] Young, K. T., « Population health: concepts and methods. », New York, NY: Oxford University Press; 1998.
[9] Marmot, M., Wilkinson R. G., « Social determinants of health ». Oxford, UK: Oxford University Press; 1999.
[10] OMS (2008). « *Des millions de personnes atteintes de troubles mentaux dans les pays en développement n'ont pas accès aux soins* », http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2008/pr37/fr/index.html.
[11] « Le système de santé québécois coûte de plus en plus cher », publié sur www.corusnouvelles.com (http://www.corusnouvelles.com/nouvelle-systeme_sante_quebecois_coute-720182-2.html), mardi 12 février 2008.
[12] Santé Canada, Unité de la promotion de la santé mentale, Promouvoir la santé mentale, c'est promouvoir le meilleur de nous-mêmes – Foire aux questions. (http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/sante-mentale/psm/questions.html).
[13] Thomas Stephens et al., « Mental Health of the Canadian Population: A Comprehensive Analysis », Chronic Diseases in Canada, vol. 20, n° 3, 1999.
[14] « CNW Telbec | WYATT HEALTH MANAGEMENT | Selon une nouvelle étude internationale, le Canada est parmi les pays développés affichant le pire rendement sur le plan de l'accès du public aux nouvelles pharmacothérapies. » http://www.cnw.ca/fr/releases/archive/September2008/15/c4462.html.
[15] Commission des normes du travail, http://www.cnt.gouv.qc.ca/en-cas-de/harcelement-psychologique/, aout 2008.
[16] Syndicat interprofessionnel de travailleuses et travailleurs (2006). « Mobbing, harcèlement psychologique au travail : Que faire ? Quels sont vos droits ? », Genève, www.sit-syndicat.ch/Info/Brochures/2006-mobbing.pdf.
[17] Arbour, L., (2007) « Lutter contre la pauvreté, c'est se battre pour les droits de l'homme », Haut Commissaire des Nations unies aux droits de l'homme, Le Figaro, 15 octobre 2007, http://www.lefigaro.fr/debats/2006/12/22/01005-20061222ARTFIG90020-lutter_contre_la_pauvrete_c_est_se_battre_pour_les_droits_de_l_homme.php, site visité le 19 octobre 2007.
[18] Becker, H.S. ; « Outsiders, Etude de sociologie de la déviance » ; Ed. Métailié, traduit de l'américain en 1985 par J. P. Briand et J. M. Chapoulie, 244 pages, (1ère édition 1963).
[19] H. S. Becker, Outsiders, éd. Métailler, 1985.
[20] Robert K. Merton, « Éléments de théorie et de méthode sociologique », Plon, 1965.
[21] CONSEIL DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE, « *La participation comme stratégie de renouvellement du développement social* » , Québec, avril 1997, p. 3-4.
[22] Fougeyrollas, Patrick., Cloutier, René, Bergeron, Hélène., Côté, Jacques., et Ginette St-Michel, « *Classification québécoise, Processus de production du handicap* », RIPPH/SCCIDIH, 1998, p. 36.
[23] « *Défi Pauvreté : Plan stratégique de recherche et de transfert de connaissances pour lutter contre la pauvreté* », Conseil de la science et de la technologie, 2007.
[24] Samson, Claudette (2008) « *Pas de sous-traitants dans les organismes communautaires* », Le Soleil, vendredi 22 février 2008.
[25] Les coordonnateurs des regroupements régionaux, représentant quelque 2800 organismes en santé et affaires sociales du milieu communautaire.
[26] *Gravel, Pauline* (2008) « Efficacité des antidépresseurs », Édition du vendredi 18 janvier 2008.
[27] Tokols D. « *Establishing and maintaining health environments: toward a social ecology of health promotion* ». Am Psychologist, 1992;47:6-22

De la sécurité *publique* et *privée*

De la cohésion sociale : Vers un changement paradigmatique de la régulation sociale par la médiation

« *L'impuissance sans éthiques appelle aux dérives et à la faute humaine* » (Jean, P.)

« *L'aventure c'est l'aventure* »

« *L'erreur n'a pas d'effet si elle est corrigé* »

« *Ce n'est pas tout ce qui peut être compté qui compte, et tout ce qui compte n'est pas nécessairement compté* »
(Albert Einstein)



MONSIEUR PHILIPPE JEAN
3742, Avenue Laval, #303
Montréal (Québec) H2X 3C9

514.967.9052
philippe_jean_2008@yahoo.ca
apprentie.philosophie@yahoo.ca

EMBLEME DU RAPPORT : le ratel
DERNIERE MISE A JOUR : Montréal, lundi 3 novembre 2008, DRAFT version 0.2

Préface

Cet ouvrage s'avère un « exercice de style » visant à appréhender un phénomène social à partir d'hypothèses de bases comme suite aux observations et aux réflexions issues d'une analyse sommaire de l'environnement du tissu social dans lequel le signataire est immergé. Cet ouvrage vise nécessairement à alimenter la réflexion sur un sujet particulier afin que les décideurs et acteurs sociaux puissent entreprendre des mesures correctrices fondées sur les hypothèses, recommandations et conclusions de ce rapport.

Tout effort de prévention nécessite un minimum d'informations sur les problématiques visées. Intervenir en amont d'événements mettant en danger la sécurité, autant physique que psychique des citoyens, sans entraver pour autant la qualité de vie.

« Statuer sur l'opportunité de mettre en place un observatoire publique en prévention de la dégradation du tissu social, qui pourrait être rattaché au Forum interministériel dont la création est envisagée, de manière à disposer d'un outil de veille, pour mieux saisir la réalité concrète sur le terrain des phénomènes criminels et sociaux sur lesquels il est nécessaire d'intervenir en amont ».

Trop souvent, semble-t-il, les mandataires politiques et sociaux, soucieux bien évidemment de la sécurité de nos citoyens et de leur qualité de vie, veulent trouver une réponse rapide et efficace, taillée sur mesure et adaptée au contexte pour redonner un sentiment de sécurité aux personnes qui devenues victimes d'une infraction s'adressent à nous pour nous exposer leur problématique voire celle que vit leur quartier. Nous nous trouvons ainsi souvent dans une logique du court terme et ce avec des attentes bien précises.

Il y a malaise dans notre société de fin de siècle... le malaise est profond et affecte tant les individus que les différentes organisations et institutions. L'individu est aussi incertain que la famille, la fatigue d'être soi concerne nombre de nos contemporains tandis que les phénomènes d'isolement, de marginalisation, d'anomie et de désaffiliation connaissent une croissance exponentielle. On ne compte plus les essais faisant le constat d'une société en quête de sens et dont les institutions traditionnelles, école, syndicats et associations, églises, sont éprouvées jusque dans leur existence même. Les associations d'action sociale n'échappent pas à cette remise en cause fondamentale, crise de la représentativité, crise de recrutement des bénévoles, fonctionnement démocratique plus formel qu'effectif, projet associatif non réactualisé, production de services insuffisamment professionnalisée...

Or, grâce à la recherche moins prise par cet aspect de temporalité (de réponse immédiate), des perspectives à moyen et long terme peuvent être indubitablement dégagées ; perspectives visant au sens large une politique de sécurité durable impliquant l'aménagement de l'espace et la collaboration entre différents acteurs locaux/collectivités locales (responsables politiques, Police, représentants d'associations, services sociaux, citoyens...). Il y va d'une approche multidisciplinaire et interdisciplinaire pour éviter la déliquescence du lien social, la désorganisation sociale (se manifestant par des signes physiques et/ou personnels) et la montée de l'individualisme ; facteurs pouvant donner lieu à toutes sortes de comportements délictueux.

DE LA SECURITE PUBLIQUE ET PRIVEE

Table des matières

DE L'AUDIENCE 6
DELIQUESCENCE DU LIEN SOCIAL ET PREVENTION SITUATIONNELLE 6
DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE 13
Lois et règlements sur la police et la Introduction *13*
Intoroduction *14*
De la barriere *14*
Du rapprochement *15*
De l'établissement de la Police de Cartier *15*
Les Comites Aviseurs Des Partenaires (CAP): Un dispositif pour connaître et agir *16*
De la police communautaire et de l'attrition budgétaire *16*
De la « police preventive » *17*
Des jeunes qui se tiennent en gang *18*
De l'incivilité *19*
Désordres physiques / marques d'incivilités 19
Désordres sociaux / actes d'incivilités 19
Une contravention qui recommande : méthodes « coercitives-éducatives » *20*
Des graines qui peuvent germér 21
« Du changement paragigmatique » : Prévention de la dégradation du tissue sociale 22
Du Cadets de police 23
Mettre fin au cycle de la violence et au cycle de la dégradation du tissu social *24*
DE LA SECURITE PRIVEE 24
Le gardiennage *25*
Dérive en gardiennage : de l'inquétudes et à la vigilence *30*
« L'AGENCE » : PLUS QU'UNE « POLICE DE LA POLICE » 32
MISSION DE « L'AGENCE » 33
VALEURS DE LA « L'AGENCE» 33
DE L'ACTION SOCIALE 34
DE L'ACTION COMMUNAUTAIRE ET SOCIAL 34
DU « PLANNING SOCIAL » 35
De la justice sociale et du développement de politiques sociales *36*
Une protection et un soutien social *37*
De l'Étique *37*
De l'accompagnement *38*
De l'empowerment (autonomisation) *38*
La concertation *39*
Le partenariat *40*
L'action intersectorielle *41*
La représentation collective *41*
La mobilisation *42*
De la Pédagogie « actualisante » *42*
De l'innovation : « Le paradigme » au cœur du changement *43*
Des intervenants et de leurs approches : vers un changement paradigmatique *46*
Favoriser la prise en charge collective *49*
« L'AGENCE » : UN QUASI-APPAREIL PARAPUBLIC 50
DE LA FORME ORGANISATIONNELLE DU « L'AGENCE» 50
DES FORMES DE RELATIONS EXTERIEURES 52
DE LA SYNERGIE 53

DE LA SECURITE PUBLIQUE ET PRIVEE

AVANT-PROPOS

De l'audience

À la lumière du modeste corpus théorique actuellement colligé sur le sujet, le signataire tente de tracé les premiers jalons d'une étude analytique qui se veut un effort exploratoire en vue de construire une vison probante d'une problématique d'intervention sociale dans le cadre de **la dynamique relationnelle entre citoyens** afin de « ***prévenir*** » **la dégradation du tissu social.**

Déliquescence du lien social et prévention situationnelle

La **civilisation**, originellement, recouvre deux notions complémentaires: la manière d'organiser la vie collective dans la cité, et l'art d'exercer sa condition de citoyen. Au cœur même du concept de **civilisation**, nous retrouvons donc la notion du "vivre ensemble", du **lien social** organisé autour de valeurs communes et des fondements de l'intérêt général. Cependant, ce qui caractérise notre société actuelle, c'est entre autres, la perte de repères et de valeurs, mais également la déliquescence du lien social, miné par l'individualisme, L'utilitarisme ou « *l'outilisation* » de l'individu, les corporatismes et les multiples égoïsmes du chacun pour soi. Il n'y a plus de civilisation au sens premier du terme dès lors que la société a subi un formidable effet de fragmentation, qui a ouvert la porte d'un côté à diverses formes de désarroi (solitude, exclusion, pauvretés, pertes de sens) et d'un autre côté à la tentation de l'isolement au sein de sa propre communauté, qu'elle soit sexuelle, ethnique, linguistique ou autre). Qu'en est-il de la cellule de base de la société, la famille, dont les évolutions récentes en termes démographiques et structurels doivent amener à repenser, voire à inventer, l'aide aux aidants ? Quelle est la part des solidarités de voisinage qui, soumises aux changements sociaux (habitat urbain, éclatement des familles, disparition des petits commerces...), se sont elles aussi modifiées ?

Tout acteur associatif lucide ne peut aujourd'hui nier la nécessité d'interroger les fonctionnements associatifs tant au niveau de l'instance politique de l'association que de l'organisation productrice de services qu'elle gère. Toutefois l'association est trop concernée dans son essence même par le souci de la personne et par le traitement social qui est réservé aux plus exposés de nos contemporains pour tenter de repenser ses fonctionnements sans prendre éminemment la mesure des métamorphoses qui concernent tant les individus que la société. Penser le fait associatif dans sa complexité et son actualité implique d'intégrer au fil de l'analyse des éléments de réflexion sur la transformation de la démocratie, sur les rapports nouveaux de la sphère politique et de la société civile, sur l'articulation inédite de l'intérêt général et des intérêts particuliers.

Les déplacements sociaux, culturels, économiques et politiques qui affectent notre société constituent une donne radicalement nouvelle qui contraint les associations d'action sociale à inventer pour conserver une légitimité, de nouvelles réponses éthiques, politiques et techniques comme forme radicale de résistance à des évolutions qui défont tant les individus que leur être-ensemble ; « ont-elles de taille pour résister, même si leur action fait nombre avec celles d'autres acteurs du tiers secteur ou de l'économie sociale, à ce qui emporte notre société vers toujours plus de marché, de centration individuelle et d'"insignifiance"[1]. » La complexité de la situation associative tient au fait qu'il faut tant dans les pratiques quotidiennes que dans les projets et positionnements stratégiques retrouver une ambition politique de transformation sociale et assumer conjointement, sans s'y laisser réduire, le rôle de prestataire de services non marchands à la personne avec l'ambition d'être efficient de manière optimale et de répondre aux exigences croissantes de qualité et d'innovation par la professionnalisation des services rendus aux usagers, ce qui n'est pas acquis vu le niveau d'empirisme et même de bricolage qui caractérise encore trop souvent les prises en charge sociales et médico-sociales...

Pour ce faire, et nous sommes là au cœur du paradoxe associatif, il faudrait que les associations soient en mesure de se situer sur deux versants : un versant éthico-politique et un versant technico-managérial. Ce qui est donc en question c'est la capacité de l'association d'action sociale de dialectiser aux différents niveaux de son projet (projet associatif, projet d'établissement, projet de l'usager), des valeurs, des logiques d'action, des modes de décision et de gestion qui sont référés, les uns à une visée éthico-politique de transformation sociale et les autres à un positionnement technico-managérial de prestataire de services. Les associations sont convoquées tant dans la sphère politique que technique pour répondre à l'émergence de nouveaux besoins sociaux dans un environnement en profonde mutation et qu'un contexte sociétal inédit appelle de nouveaux positionnements politiques, stratégiques et opérationnels.

Certaines organisations, prises en étaux entre leurs missions et leurs contraintes, insidieusement, construiront ou construisent déjà leurs buts avec des intentions plus ou moins claires de subsistance économique. Survivre signifie alors de répondre à une demande de résultat immédiat.

Si les **classes sociales** ou **groupes sociaux** n'apparaissent plus pertinents pour étudier la réalité sociale et politique du moment ; l'égalité des conditions doit se vérifier dans la disparition des classes sociales qui devrait amener avec elle la **mobilité sociale** la plus fluide possible, celle-ci n'étant que l'autre versant de l'égalité des chances enfin réalisée. La question de la **déliquescence du lien social** ne semble pas être est au centre d'interrogations et de dispositions récentes des politiques de la ville.

Le tissu social et l'urbanisme semble à son tour gagné par la phobie de l'insécurité. L'insécurité désigne dans leur vie quotidienne le sentiment fait d'anxiété que peut ressentir un individu ou une collectivité devant ce qui peut advenir. Il s'oppose au **sentiment de sécurité** ou de **sérénité**. **L'insécurité** et le **sentiment d'insécurité** peuvent être considérés comme des « risques », au même titre que les risques naturels ou technologiques, les conflits armés, etc. À ce titre, certaines études vont tenter de réaliser une « cartographie » de l'insécurité.

Cette approche s'entend surtout dans le cadre de **l'insécurité** en milieu urbain, et confine au recensement des lieux où le **sentiment d'insécurité** et/ou les **« incivilités »** ont soit le plus de chance d'arriver, soit arrivent le plus souvent. Dans cette optique, on peut citer la typologie proposée par Dubois-Maury et Chaline concernant les types de zones où **l'insécurité** est susceptible d'apparaître :

- Les zones en état de *dysfonctionnement socioéconomique* ;
- Les lieux de concentration temporaire de population et de convergence des modes de transport ;
- Les transports en commun.

Pour lutter contre le **sentiment d'insécurité** en termes géographiques il est fait appel aux notions anglo-saxonnes d'**« espace défendable »** ou de **« prévention situationnelle[1] »**, qui visent à donner l'impression d'un espace moins criminogène en le rendant inconfortable pour le contrevenant (visibilité par autrui, suppression des moyens de fuite, etc.). Il s'agit de procéder à divers aménagements architecturaux et à promouvoir la présence physique d'agents de sécurité et/ou de médiation, ainsi que la vidéosurveillance.

[1] **La prévention situationnelle** est la traduction formalisée de méthodes orientées vers la prise en compte de la sécurité dans les aménagements des espaces publics ou privés. Son application est censée réduire le sentiment d'insécurité. **La prévention situationnelle** réfère à l'ensemble des mesures qui visent à empêcher le passage à l'acte délinquant en modifiant les circonstances dans lesquelles les délits pourraient être commis par le durcissement des cibles. La prévention situationnelle a été d'abord théorisée en Amérique du Nord, notamment par Jane Jacobs à la suite des travaux de *l'école de Chicago* sur les conditions dans lesquelles un crime est commis. Progressivement, on a également assisté à la mise en place d'un label produit par les forces de polices et les experts de la prise en compte de la sécurité, le **label Secured by Design** (SBD), en Angleterre.

La **prévention situationnelle** poursuit l'objectif de dissuader le passage à l'acte en agissant sur la structure physique et l'organisation des espaces urbains, publics ou des logements privés[II]. Cet axe concerne tant l'espace public que les bâtiments publics ou privés, ou encore les espaces privés collectifs et bien entendu le logement particulier[2].

La profession de gardiens-concierges en logement privée et logement social est largement rependu en France ; cette profession connaît aujourd'hui, dans le secteur du logement social, un retour sur le devant de la scène urbaine. Il semblerait qu'elle soit notamment perçue comme l'une de celles capable de mettre en application sur le terrain une idée récurrente des politiques de la ville de ces dernières années, celle de médiation sociale et de gestion de proximité. Le terme de **médiation** est plutôt polysémique[III], comme nous le verrons, mais il renvoie globalement à l'idée qu'il serait nécessaire de rétablir un dialogue pour retisser les liens lâches d'un tissu social supposé être en **déliquescence** et qui sont conçus comme les stigmates de la crise urbaine contemporaine. Ainsi, en France, tant pour les initiateurs des politiques de la ville que pour les bailleurs sociaux, il serait apparu que l'un des acteurs possibles de cette nouvelle conception de la gestion de la crise urbaine pouvait être le gardien d'immeuble. Cependant, il semble que les **gardiens-concierges** soient circonspects à l'égard de la tâche de **médiation sociale**, ils ne sont pas nécessairement disposés à interpréter tous les registres de cette nouvelle partition.

Les représentations sociales fondée sur l'autorité, la surveillance, la délation et les rapports troubles avec les forces de l'ordre, puisse être particulièrement indésirable, en particulier lorsque le métier s'exerce dans des quartiers dit "sensibles ou socioéconomiquement défavorisé, et nécessite des compétences pointues en divers domaines autre que ceux qui relèvent directement de la conciergerie. Cette volonté de gommer l'image négative de la profession est un élément permettant d'éclairer la méfiance de certains professionnels pour les tâches de la **médiation sociale**. Car le concierge d'antan est celui qui se mêle de tout, qui sait beaucoup de choses sur la vie privée de chacun, même si 99% d'entre eux déclarent avoir plutôt de relations harmonieuses.

Les problématiques de l'**insécurité** et de la **médiation sociale** sont intimement liées. D'une part, parce que le sentiment d'insécurité a motivé diverses dispositions des politiques de la ville autour des questions du « *lien social* » ou du « *tissu social* ». Et d'autre part, parce qu'il apparaît comme un des facteurs expliquant les réticences des **gardiens-concierges** quant aux tâches de **médiation sociale**. L'objectif n'est pas ici d'encadrer et d'éduquer les populations "dangereuses" comme au 19ème siècle ou « déviantes », mais de limiter les effets pervers économiques de la **déliquescence du lien social** dans certains quartiers, pour éviter que les "clients" ne cherchent à se loger ailleurs.

Les plus diplômés, qui sont aussi les plus jeunes, semblent incarner une certaine mutation de la profession, leur stratégie de valorisation professionnelle notamment consiste à mettre en avant certains aspects de leur profession plutôt que d'autres, en particulier la gestion administrative et financière du parc immobilier. Cependant, le profil de l'**administrateur** impose une concurrence très difficile à celui du **médiateur**. Il est par ailleurs notable que le discours des **gardiens-concierges** évoque fréquemment une dégradation de la qualité du **lien social** qui rend le métier plus difficile. Les conditions d'exercice de cet aspect de leur profession ne sont donc pas simples, elles demandent un certain engagement personnel que les gardiens sont rarement disposés à fournir, d'autant plus que le choix de ce métier ne doit rien à une vocation.

L'intérêt sociologique de la profession de **gardien-concierge** ne doit pas tout au fait qu'elle se situe au carrefour d'un certain nombre d'interrogations contemporaines: l'insécurité, le lien social, les mutations professionnelles, etc. Elle nous rappelle aussi que les acteurs sociaux ont toujours un espace tactique d'interprétation de leur fonction professionnelle.

[II] La profession de gardien-concierge aurait rencontrée la concurrence que lui opposaient diverses innovations techniques (digicode, interphone...) étant de nature à faire apparaître les coûts importants d'une activité qui semblait pouvoir être avantageusement remplacée. Il semble que l'évolution a été quelque peu différente dans le secteur du logement social.

[III] Propriété d'un signifiant de renvoyer à plusieurs signifiés présentant des traits sémantiques communs.

Il se pourrait donc bien que la **médiation sociale** soit une nouvelle figure de l'idéologie de la ville, et un des aspects de ce que l'on pourrait appeler l'idéologie de proximité, qui, ayant renoncé à la volonté de maîtrise holistique, proposerait de nouvelles formules pour résoudre l'équation de la crise urbaine. Il faut prendre garde de souligner combien la complexité et la diversité des situations, les intérêts et les marges de manœuvre des acteurs peuvent vider d'une partie de sa substance l'idée même de **médiation sociale**. La **médiation sociale** doit-elle exclusivement avoir lieux en logement privée et/ou sociale. La **médiation sociale** a-t-elle sa place en termes de quasi-institution.

La **prévention situationnelle** naît des préoccupations sécuritaires et a comme but avoué de lutter contre l'insécurité et **l'urbanisme**, c'est à dire l'organisation de la ville. Ainsi, la **prévention situationnelle** est un outil visant à concevoir, réaliser et gérer des projets d'urbanisme, d'aménagement d'espaces ou de construction en ayant préalablement eu connaissance de l'environnement de sécurité du projet et ainsi pouvoir en tenir compte à tous les niveaux d'intervention du projet, (urbanisme, conception, construction, gestion, entretien et surveillance). Cette réflexion préalable permet d'anticiper les conséquences d'une situation existante d'insécurité sur le projet et d'imaginer aussi les conséquences du projet lui-même sur son environnement, et être ainsi à même de mettre en œuvre les mesures adaptées à la réduction des risques encourus. Signalons que cette approche envisage également la « surveillance par les employés ».

Cette politique urbaine nous invite à réactualiser les thèses développées dans Surveiller et punir où Michel Foucault exprime le rêve benthamien né au 18e siècle en ces termes : « faire un réseau de dispositifs qui seraient partout et toujours en éveil, parcourant la société sans lacune ni interruption. ».

Dés le milieu des années 1990, le recours pragmatique, par les bailleurs sociaux[iv], à l'approche situationnelle, pour résorber les dysfonctionnements propices à la diffusion des incivilités et des actes délinquants, devient légion dans de nombreux quartiers d'habitat social dits « sensibles » sur le territoire français.

Les approches environnementales de prévention de la délinquance par l'aménagement du milieu urbain ont fait l'objet d'une montée en puissance remarquable. L'apparition de modalités inédites de **catégorisation des risques**, définies par des « experts », appelle nécessairement la conceptualisation de réponses nouvelles aux désordres urbains (Giddens, 1991). **L'urbanisme** doit s'adapter à la délinquance d'opportunisme, afin que le passage à l'acte déviant soit perçu, par son auteur potentiel, comme plus pénible, moins profitable, moralement répréhensible, bref, qu'il suscite moins la convoitise (soit *provocations reduction*, selon l'expression de Ron Clarke, 2003).

Dans un contexte de mondialisation effrénée mais non régulée, d'émergence de menaces terroristes protéiformes, de déliquescence du lien social[v] ou **la dégradation du tissu social** et de montée de **l'individualisme**.

La conception de cette approche dite préventive axée sur la réduction des opportunités délinquantes, telle qu'elle est appréhendée semble pour le moins réductrice et non exclusivement fondée sur la théorie des espaces défendables (Newman, 1972), ou sur les concepts de contrôle d'accès et de durcissement des cibles (Clarke, 1992), ou encore de « garant des lieux » (Cohen et Felson, 1979), son champ d'application dans la sphère du logement social inclut, entre autres, les problématiques relatives à une gestion adéquate des transferts de populations résidentes (Bottoms et Wiles, 1988) et de traitement des incivilités (Wilson et Kelling, 1982), et à une intervention proactive de la police de proximité (Clarke et Sorensen, 1997 ; Body-Gendrot et Duprez, 2001).

[iv] Ce terme désigne généralement les gestionnaires de logement social, qu'ils soient publics (Offices Publics d'HLM), semi-publics (Offices Publics d'Aménagement et de Construction) ou privés (Sociétés Anonymes).

[v] Anthony Giddens (1998) désigne ce phénomène par processes of `detraditionalization'.

Au fur et à mesure qu'un urbanisme sécuritaire - ou mis au service de la sécurité - prend racine, il s'accompagne immanquablement d'une « institutionnalisation de la méfiance » (Crawford, 2000) à l'égard des étrangers à la cité, que légitime le risque du danger exogène.

On lui prête également d'autres imperfections, dont celle de produire des espaces de vie homogènes, uniformes, et aseptisés de toute considération pour les pratiques sociales établies antérieurement. Comment donc, et dans quelle mesure concilier les logiques prônant l'urbanité et le « vivre ensemble », d'un côté ; et de l'autre, l'impératif-même de gouvernance nouvelle des risques urbains, sous-jacent au déploiement de systèmes techniques et abstraits de prévention situationnelle?

Fixer des objectifs à atteindre, mesurables, et surtout réalisables, dans une perspective de court terme, devient un mode d'action très à la mode, et coexiste paradoxalement avec l'engagement d'investir dans le développement durable et rentable, autrement dit, dans les dispositifs de sécurité et les matériaux résistants à l'usure et aux dégradations volontaires, de surcroît aisément interchangeables. Il s'agit avant tout de repérer les bonnes pratiques, de les diffuser, voire éventuellement, de les généraliser (Wyvekens, 2003).

DE LA SECURITE PUBLIQUE ET PRIVEE

Tandem

Ainsi, à partir de 1982, les arrondissements de l'ancienne Ville de Montréal ont mis en pratique le programme **Tandem**, qui porte le nom de Programme montréalais de soutien à l'action citoyenne en sécurité urbaine dans les arrondissements – **Tandem** depuis le Sommet de Montréal de 2002.

Tandem est reconnu à l'étranger, car à l'automne 2004, le programme des Nations unies pour les établissements humaines, UN-HABITAT, a reconnu l'initiative montréalaise comme une bonne pratique. Il offre à tous les arrondissements montréalais les moyens de mobiliser et de sensibiliser les citoyens quant à la prévention en sécurité urbaine. Il touche deux axes :

- La prévention de la criminalité : la sécurité des biens et du domicile, la sécurité des personnes – des femmes, des aînés et des jeunes - ainsi que la sécurité des collectivités;
- La prévention incendie, les premiers secours et la sécurité civile.

De manière individuelle, le programme Tandem aide les Montréalais à diminuer leurs pertes matérielles, à s'approprier les lieux publics, à jouir pleinement de leur propriété, à donner un milieu de vie sécuritaire à leur famille et à acquérir des valeurs d'entraide et de solidarité.

Tandem a été conçu par une équipe multidisciplinaire, composée de représentants :

- du Service de police;
- du Service de sécurité incendie;
- des services municipaux et paramunicipaux;
- des institutions de santé et de services sociaux;
- des établissements d'enseignement;
- des regroupements de commerçants;

- des tables de concertation et d'organismes de quartier.

Les principaux partenaires :

- Centres locaux de services communautaires ;
- Écoles et centres de la petite enfance ;
- Organismes partenaires du programme dans les arrondissements ;
- Service de police de la Ville de Montréal ;
- Service de sécurité incendie de la Ville de Montréal ;
- Société de transport de Montréal.

Voici quelques types d'interventions du Programme montréalais de soutien à l'action citoyenne en sécurité urbaine dans les arrondissements – **Tandem** :

- visites sécuritaires – visites du domicile des citoyens qui en font la demande dans le but de prévenir le cambriolage en milieu résidentiel; les lieux sont analysés, des conseils sont prodigués et des services, tels le burinage de biens, sont offerts;
- information et sensibilisation sur la fraude et les abus pour les personnes âgées – production de capsules portant sur les fraudes téléphoniques, les fraudes avec cartes de crédit et Interac, diffusées pendant des sessions d'information chez les aînés;
- activités pour lutter contre le taxage – rencontres d'information organisées dans les écoles primaires et secondaires pour renseigner les jeunes sur le taxage et briser l'isolement de ceux qui y sont soumis;
- activités de burinage de bicyclettes offertes à des jeunes en été, ainsi que des recommandations en matière de sécurité à vélo.

Distinction entre criminalité et régulation sociale : de la criminalisation de la précarité socioéconomique ou la militarisation de la régulation social

« ...il serait inacceptable que la police soit au-dessus de la loi dans une démocratie qui privilégie la retenue dans l'usage des pouvoirs coercitifs de l'État et la reddition de comptes sur cet usage. Par contre, si la police était dirigée par le gouvernement en place, il y aurait lieu de redouter que des considérations partisanes n'exercent ou ne semblent exercer une influence sur le fonctionnement de l'appareil judiciaire. Il faut respecter et mettre en équilibre les principes que sont l'indépendance et l'obligation redditionnelle, comme il se doit dans un pays démocratique fondé sur la primauté du droit. »

Le métier de policier n'est pas une farce, une sinécure ou un piquenique. C'est un métier difficultueux certes. Être policier, c'est exercer un pouvoir, et c'est être au service de la population. Ultimement, seule l'armée, en théorie, peut exercer une force unilatérale et systématique. Ainsi, les candidats doivent soigneusement être sélectionnés. La police est responsable en dernier ressort devant l'autorité civile et le système de plaintes contre la police doit être juste, impartiale, transparent, et accessible.

DE LA SECURITE PUBLIQUE ET PRIVEE

Selon moi, le phénomène de criminalité ne peut être extirpé du contexte et de l'environnement : donc du contexte civil. Une Police civile ne peut fonctionner sans une complicité citoyenne. J'estime que les citoyens doivent être impliqués activement dans le travail des policiers pour la compréhension des phénomènes sociaux : sociologues, psychologues, etc. La complexité du tissu social entraîne une lecture minutieuse et nécessite un ensemble de méthodes d'interventions adaptées au contexte de régulation sociale. Ainsi, s'il y avait eu un travailleur social ou je ne sais quoi qui avait patrouillé, cette tragédie aurait été évitée.

À mon avis, le problème de la Police est de traiter des phénomènes sociaux qui sont précurseurs de la criminalité et qui simultanément évoluent en parallèle : la criminalité elle-même influence sur le tissu social. La Police faite donc « erreur », selon moi, de faire une distinction entre le phénomène de criminalité, et le phénomène de pauvreté, qui lui entraîne nécessairement certaines formes de criminalités. Le déterminisme économique à ses impondérables.

Mais, également, je pense aux services de sécurité, qui eux, sont encore moins formés pour faire face aux problématiques socioculturelles, de santé mentale et de criminalité. Si les Policiers sont sujets à des biais, j'imagine qu'il en est de même pour les « agents de sécurité ». La régulation sociale et la criminalité sont donc deux aspects du contrôle social. Selon moi, les méthodes actuelles ne sont pas compatibles avec la régulation sociale.

Il est de mon avis que l'on à de cesse de dire que la Police fait son travail, cependant, il semble que c'est le travail des policiers qui est mis en cause. Non pas le traitement de la criminalité, mais la régulation sociale : les méthodes d'interventions en contexte social.

Les policiers ne peuvent intervenir n'importe comment et de n'importe quel façon. S'il utilise le profilage socioéconomique pour faire leur travail, je pense qu'il y aurait un problème. Mon père est haïtien, et on se fait arrêt à moult reprises par des policiers. Mon père avait toujours maugréé contre la Police. Or, mon père était optométriste et on avait une Mercedes : un docteur. Il a souvent fait la remarque que les policiers l'arrêtais par ce qu'il était noire !

Je comprends que les Policiers rencontrent des difficultés dans le cadre de leur travail : ils se font défier, etc. Or, le citoyen à droit au respect et le Policier doivent avoir un motif raisonnable pour intervenir. Il ne peut interpeller n'importe qui, n'importe quand, pour n'importe quelle raison. La catégorisation sert ici de motif raisonnable. Le Policier peut faire son travail, dans la discrétion et la politesse. « Et je suis désoler, mais les policiers « devront prendre sur eux. » Il représente l'État et la job n'est pas définition pas facile.

Fondé sur le profilage socioéconomique, le Policier intervient n'ignorant pas que le citoyen aura, pour faire valoir ses droits, à entreprendre une démarche juridique. Et qui plus est, une démarche de plainte contre la Police n'est pas un exercice de plaisance et de divertissement. Ainsi, déposer une plainte contre la police, ce n'est pas comme porter plainte au sujet d'un grand magasin. Je peux comprendre que les Policiers sont victime d'incivilités, mais les gens se considèrent maltraités par les policiers lorsqu'il est question de régulation sociale. Il est normal que les plaignants hésitent à porter plainte directement à des autorités lorsque celles-ci sont l'objet de la plainte. C'est particulièrement le cas si l'on craint que le dépôt d'une plainte n'entraîne une enquête sur la plaignante ou le plaignant plutôt que sur la plainte elle-même. Il est donc nécessaire de trouver d'autres moyens de déposer une plainte. Il semble également que d'autres obstacles systémiques nuisent au dépôt des plaintes. Le système pourrait permettre pas à des tiers de porter plaint.

La coercition et la répression policière à des effets indéniables sur le tissu social. Pour moi, le soulèvement populaire observé est un signe flagrant d'une problématique sociale. Or, comment les personnes qui œuvrent auprès du milieu n'ont pu sentir le « feu qui couvait »? Un tel soulèvement n'est pas une réaction soudaine et intempestive.

Or, les personnes qui vivent des conditions socioéconomiques risquent de passer au « broyeur répressif » fondé sur le profilage socioéconomique. La catégorisation permet une justification de la méthode de coercition et de répression. Il est nécessaire de culpabiliser, de rendre coupable, à partir d'un jugement péremptoire, et fondé sur une catégorisation : « il est un criminel », « il est un drogué », « il est un malade mental », « c'est un antisocial », etc.

L'usage de la force est plus aisé que l'usage de la diplomatie et de la minutie. Il est plus facile de casser une personne que de la raisonner.

Choses certaines, c'est qu'il y a un problème, indépendamment s'il y a eu erreur ou non dans l'incident de l'arrondissement Montréal-Nord. Il faut donc distinguer deux choses précises : 1) l'événement tragique dans le parc, et 2) la dynamique relationnelle entre la Police et la communauté. L'événement du parc n'est qu'un déclencheur d'un mécontentement qui couvre depuis longtemps : les femmes sont sorties le jour, et les jeunes sont sortis le soir!

Lorsqu'il est question de déliquescence du lien social ou de dégradation du tissu social, il est donc question de la dynamique relationnelle entre les divers acteurs sociaux, organismes publics et communautaires, et la Police. Or, la Police est comme une boîte noire fondée sur un réductionnisme fonctionnel. Pour moi, la Police doit s'intégrer dans un organisme civil où des citoyens non policiers puissent avoir une influence sur la maintenance et la rénovation de la loi sur la Police : adapter et synchroniser les fonctions policières aux réalités sociales. Cet organisme civil pourra également accueillir les plaintes des citoyens.

Un savoir à destinée sociologique doit être émis afin de permettre aux citoyens de prendre lecture des formes de criminalités et de leurs fondements qui sévit. Même s'il est nécessaire que la Police agisse en fonction de certains critères de sécurités : la Police est au service de la société et ce n'est pas la société qui est au service de la Police.

Le problème, selon moi, c'est la régulation sociale faite par la force policière : l'implication citoyenne est primordiale : une implication d'équipe d'intervention comportant des civils quasis professionnels et des policiers ! En outre, si en effet que le taux de criminalité diminue, alors on peut prétendre que les policiers ont moins de travail à dédier aux aspects criminelles, mais biens plus à la régulation sociale.

La régulation sociale est nécessaire parce que le tissu social est susceptible de comporter des obstacles au développement des jeunes. Certains facteurs de vulnérabilités inhérentes aux conditions de pauvreté socioéconomique entrainent nécessairement des impacts sur de développement des enfants.

De la sécurité publique

LOIS ET RÈGLEMENTS SUR LA POLICE ET LA INTRODUCTION

- Loi sur les agences d'investigation ou de sécurité (L.R.Q., c. A-8);
- Loi sur les bombes lacrymogènes (L.R.Q., c. B-6);
- Loi sur les coffrets de sûreté (L.R.Q., c. C-28);
- Loi sur les explosifs (L.R.Q., c. E-22);
- Loi sur la police (L.R.Q., c. P-13.1);
- Loi sur le régime syndical applicable à la Sûreté du Québec (L.R.Q., c. R-14);

- Loi sur la sécurité privée (L.R.Q., c. S-3.5);
- Loi visant à favoriser la protection des personnes à l'égard d'une activité impliquant des armes à feu et modifiant la Loi sur la sécurité dans les sports (L.Q., 2007, c. 30).

INTORODUCTION

Le **Police** est un service public qui a pour but de faire régner l'ordre et la sécurité et de réprimer les infractions.

- Le Larousse de poche définit le terme Police ainsi : « administration, force publique qui veille à l'observation de l'ensemble des règlements qui maintiennent la sécurité publique » ;
- Egon Bittner définit le terme Police ainsi : « La police est un mécanisme pour la distribution non négociée de la force coercitive, utilisée en accord avec ce que dicte une saisie intuitive des exigences d'une situation »;
- Carl Klockars définit le terme Police ainsi : « institution ou individus à qui l'État a donné le droit général d'user de force coercitive à l'intérieur de ses frontières ».

Dans la plupart des analyses de la police, l'institution est divisée en deux traditions générales en occident : la police d'inspiration française, présentée comme autoritaire, imposée, hautement centralisée et souvent militaire, axée sur la surveillance du territoire, et la *police d'inspiration britannique*, qui au contraire est conçue comme démocratique (angl. : *policing by consent*), décentralisée et surtout axée sur la résolution de problèmes.

Quelques expressions :

- **police administrative** : police qui vise à faire régner l'ordre et la sécurité par des mesures préventives;
- **police judiciaire** : police qui recherche et livre à la justice les auteurs d'infractions;
- **police secours** : service de police qui a pour but de porter secours dans les situations d'urgence.

La COERCITION se définit comme le l'action, le droit de contraindre quelqu'un à accomplir son devoir, à obéir à la loi. Le droit de coercition serait un des attributs de la justice.

DE LA BARRIERE

Malgré les efforts consentis au changement de paradigmatique, force est de constater qu'une solide barrière demeure, et ce, par ce qui semble être une lacune dans la technique d'intervention du « **Policier** » en matière policier/civile. Cette défaillance ne semble pas lier à la mobilité du personnel, mais bien à une lacune importante dans la méthodologie d'intervention policière en matière civile. La nature sociale de l'intervention policière semble n'avoir guerre évoluer malgré que « **le Policier** » l'évolution adaptive du SPVM.

En outre, « **le Policier** » semble être coupé de la communauté et d'une certaine réalité sociale dans lequel il intervient. Le modèle actuel de police communautaire ne semble pas répondre aux besoins

reconnu, dont une des composantes principales consiste à se rapprocher des citoyens et de fournir une intervention significative.

« Le modèle de police communautaire » suppose une améliorer de la qualité de vie des citoyens, et une réduction du sentiment d'insécurité par la diminution de la petite criminalité, des incivilités et du désordre. Le modèle traditionnel répressif du Policier ne semble donc inefficace et révolue. Pour assurer le bien-être et la sécurité des communautés, et également prévenir la dégradation du tissu social, il faut donc adopter de nouvelles perspectives et de nouvelle pratique d'intervention. Actuellement, la relation police/communauté semble se résumer à une suite de contacts plus ou moins superficiels avec les acteurs sociaux qui produisent des effets à court terme souvent néfastes.

Au lieu de tenter de se faire aimer de part des événements de relations publiques, il est plus utile de faire des actions aimables, et faire la démonstration et la preuve concrète d'un réel soucie des préoccupations des besoins des citoyens. Pardonner cette franchise, mais cette image est éloquente : *« Au lieu d'avoir l'air de quelqu'un qui se cherche et qui a besoins d'amis, il vaut mieux d'avoir l'air de quelqu'un qui fait quelque chose de sa propre initiative et qui répond au moins partiellement aux besoins d'autrui »*. Ainsi, la présence de la police communautaire devient donc aimable, source d'une signification nouvelle, rôle favorisant l'échange d'informations et la participation citoyenne.

DU RAPPROCHEMENT

Ce rapprochement, guidé par des transformations structurelles et organisationnelles, a permis l'émergence d'une nouvelle classe de policiers. Une Police aux *méthodes répressives* ne répond que partiellement à la nécessité de réguler les relations entre citoyens. Ainsi, ce virage, permettrait un rapprochement et visait certainement à changer les perceptions sur le rôle du Policier.

Le rapprochement est encore aujourd'hui toujours nécessaire afin de tenir compte des besoins et des attentes de la société civile en matière de sécurité urbaine et de prévention de la dégradation du tissu social. Il semble qu'il soit difficile, voir même impossible, d'établir **un dialogue et une dialectique** avec **« le Policier »**, quelque soit son niveau. **« Le Policier »** ne semble pas être prêt à recevoir une rétroaction permanente des citoyens de notre cité.

Le rapprochement ne peut se concevoir sous l'angle unique de slogans accrocheurs, d'interventions médiatiques afin de redorer l'image du Policier, et des engagements ponctuels sans lendemain.

Par ailleurs, le rapprochement avec les citoyens passe bien entendu par la mise en place et le maintien de réseaux de communication permanents entre les services policiers et les citoyens. Par ces réseaux, les services policiers doivent favoriser l'expression des besoins de la communauté, ce qui les aide par la suite à établir leurs priorités d'intervention et à choisir des méthodes de travail les mieux adaptées.

Car **« la Police »**, comme **« le Policier »**, est également un citoyen. En principe, **« le citoyen »** participe aux affaires de la cité, même dans le domaine social. Le Policier coercitif sera hais, alors que le policier communautaire sera à tout le moins toléré, offrant la possibilité de créer des liens durable et de s'enraciné dans la communauté.

DE L'ÉTABLISSEMENT DE LA POLICE DE CARTIER

Au printemps 1997, le Service de police de la Communauté urbaine de Montréal est à mettre en place **« une police de quartier »** pour desservir le territoire de l'Île de Montréal, qui s'appuie sur les mêmes grands principes de **« l'approche communautaire[3] »**. En établissant **« les polices de cartier »** et en introduisant la notion de police communautaire, le Service de Police de la Ville de Montréal (SVPM) était chargé de la tâche de se rapprocher du citoyen. Cependant, la mise en oeuvre de **l'approche communautaire** semble encore partielle, inachevée ou en voie de consolidation. Faute de cadre de

référence formel, les responsables des services policiers éprouvent aussi certaines difficultés d'implantation qui en limitent le caractère opérationnel.

LES COMITES AVISEURS DES PARTENAIRES (CAP): UN DISPOSITIF POUR CONNAÎTRE ET AGIR

Le CAP permet d'assurer la réalisation et le suivi du plan d'action en matière de sécurité urbaine, essentiellement pour les aspects non policiers ou encore pour les problèmes locaux qui nécessitent un traitement mixte (police et société civile). Également il faut noter que *les comités aviseurs des partenaires* (CAP) semble totalement inconnu du public (ex. : futur acteur social). À cet égard, le commandant du poste de quartier transige en mode partenarial avec les acteurs siégeant au CAP ???

Également ont note que la méthodologie utilisée est une enquête sur le terrain, menée à l'aide d'entretiens **« semi-dirigés »** auprès de personnes clés. L'analyse de l'information recueillie est faite à partir de l'élaboration de catégories a posteriori et d'une analyse systémique. Or cette perspective semble privilégier une approche autoritaire et dogmatique alors que la prise de conscience s'effectue à travers **le dialogue, la dialectique, la confrontation des idées,** et **la mise en œuvre de projets pilotes.**

DE LA POLICE COMMUNAUTAIRE ET DE L'ATTRITION BUDGÉTAIRE



Les policiers ont pour fonction de maintenir la paix, **l'ordre et la sécurité publique**, de *prévenir le crime et les infractions*, de *rechercher et d'arrêter les criminels*, de mener *les enquêtes criminelles* et d'appliquer *les règlements municipaux*, *le Code de la sécurité routière* et *les autres lois provinciales ou fédérales*. Car l'on sait que pour la société, des comportements très agressifs coûte très chère : on estime, par exemple, qu'une carrière criminelle démarrée dans l'adolescence coûtera à la société plus de deux millions de dollars (Cohen, 1998).

Dans un contexte d'attrition budgétaire, l'amélioration et l'augmentation de la productivité, ainsi que la qualité des interventions en matière civile deviennent des enjeux stratégiques importants pour **la santé et la sécurité civile**. Puisque la mission de la Police n'est pas de **« policé**[vi] **»** les relations civiles entre citoyens, il devient important de circonscrire les phénomènes sociaux de manière à éviter ou limiter l'intervention policière inutile.

Pour le signataire, la nécessité d'une **« police civile »** ne fait aucun doute. Compte tenu de **la mission communautaire** du SPVM, ces derniers peuvent jouer un rôle **« régulateur »** dans **la dynamique relationnelle des citoyens. Ils en ont même la mission** !

Selon le ministère de la sécurité publique, **l'approche de police communautaire** permet de mieux répondre à **l'insécurité** exprimée par la population en rapprochant les services policiers des citoyens.

[vi] Rendre civilisé; adoucir les mœurs de ;

Cette approche permettrais de solutionner de manière durable les problèmes de criminalité dans les quartiers, les secteurs ou les villes. **L'approche communautaire** des services publiques ne remplacerais pas l'action policière traditionnelle de nature réactive, qui demeure toujours nécessaire.

Il n'existe pas de modèle universel de **police communautaire**, mais plutôt une variété de modèles répondant aux particularités de chaque pays, voire de chaque ville. L'approche communautaire repose, de façon générale, sur les mêmes grands principes de base, soit :

- un rapprochement entre les services policiers et les citoyens ;
- un partenariat avec les représentants des organismes du milieu et les institutions locales, pour mieux ancrer les services policiers dans la communauté;
- une intervention policière modernisée, orientée vers la résolution de problèmes, afin d'apporter des solutions aux problèmes de criminalité et de délinquance;
- le renforcement des actions préventives pour contrer l'apparition des comportements délinquants.

Au Québec, **l'approche communautaire** s'appuie sur le Réseau Intersection. Ce réseau d'échange publie la revue Intersection et organise le Séminaire Intersection.

Le partenariat répond à une des quatre exigences liées aux principes de la police communautaire. Dans ce contexte, la publication en décembre 2000 de la politique ministérielle « Vers une police plus communautaire », qui renforce l'utilisation du Partenariat. La définition de Frank et Smith propose : (...) une relation dans laquelle au moins deux parties ayant des objectifs compatibles s'entendent pour faire quelque chose ensemble. Les partenariats concernent les gens qui travaillent ensemble dans une relation qui leur procure des avantages communs et qui leur permet de faire ensemble des choses qu'ils ne pourraient accomplir seuls. (Frank, F. et Smith, A., 2000 : 5) (voir : p. 40).

DE LA « POLICE PREVENTIVE »

En ce sens, le Policier joue un double rôle, celui **d'appliquer la loi** et celui de **protéger et sauvegarder la vie**.

Puisqu'une **« police répressive et protectrice »** doit s'unir à une **« police préventive »**, cette dernière se doit donc d'employer des méthodes éducatives et d'encadrement en vue d'augmenter le niveau de coopérations et la participation citoyenne. **« La prévention »** efficace repose sur une bonne connaissance des phénomènes du tissue social de la communauté sur le plan local.

« La prévention » que fait la police dans la réalité, semble essentiellement situationnelle et superficielle. **« La prévention sociale »**, directement corrélé à **la santé et la sécurité public**, semble être négliger.

Pourtant, En novembre 2001, le ministère de la Sécurité publique (MSP) rendait publique *la Politique ministérielle en prévention de la criminalité*[4]. Essentiellement, cette politique vise à contribuer à la réduction de la criminalité réelle au Québec et à bâtir des milieux de vie plus sécuritaires pour les citoyens et les citoyennes.

Cette politique énonce également que *« la prévention de la criminalité consiste en des mesures proactives et non pénales qui ont pour but spécifique de réduire la criminalité en agissant sur les facteurs qui la déterminent, soit sur les circonstances et l'environnement dans lesquels sont commis les délits ou encore*

sur les facteurs contemporains qui prédisposent à la criminalité »[5,6]. *La Politique ministérielle* en prévention de la criminalité préconise donc l'application d'une approche globale et intégrée de la prévention de la criminalité.

Cusson et Biron (1995) ont établi deux modèles de prévention de la criminalité soit : 1er la prévention par le développement social et 2° la prévention situationnelle. Le développement social privilégie un modèle agissant sur les facteurs contemporains qui prédisposent à la criminalité.

DE L'ÉDUCATION ET DE LA DIRECTIVITÉ

A titre de comparaison rudimentaire, on estimait qu'un parent autoritaire et répressif était approprié pour l'éducation d'un enfant. Les méthodes d'éducations d'hier à aujourd'hui témoignent bien de cette certitude. Ce n'est que tout récemment, que la société civile semble intégrer cette assertion démontrée, a savoir, que ce genre de parent **traumatise** plus qu'il **n'éduque**.

« La Police » se doit donc de devenir un Parent directif ou autoritaire/affectueux : Le parent établit des règles de conduites tout en reconnaissant le droits de l'enfant et en l'encourageant à s'exprimer. Il a des attentes, exigences et standards élevés. Il supervise et renforce les bons comportements et encourage l'autonomie.

La confiance des citoyens doit être gagnée et conservée au moyen de mesures et de comportements en phase avec les valeurs individualistes égalitaires dominantes.

DES JEUNES QUI SE TIENNENT EN GANG

On sait, en effet, que les adolescents ont tendance à se tenir en groupes pour le développement de leur identité, mais règle générale, ces groupes n'ont rien à voir avec la dynamique des gangs criminels et délinquants. Comme le souligne Spergel (1995), les preuves ne sont pas non plus suffisantes pour avancer que les gangs évoluent naturellement vers les organisations criminelles. Pour compléter, d'autres sources soutiennent également que le passage des jeunes dans les gangs demeure un phénomène transitoire et passager puisque celui-ci ne dépasse pas un an bien souvent (Le Blanc et Lanctôt, 1997)[7] .

On observe la typologie suivante au niveau des « gang de rue »[8]:

- les pseudo-gangs constitués d'adolescents s'identifiant aux gangs en tentant d'imiter leurs manières et leurs comportements ;
- les gangs de territoire formés généralement d'adolescents préoccupés surtout par des questions de prestige et de protection du territoire ;
- les groupes délinquants composés principalement d'adolescents se livrant à des actes de délinquance de violence mais à un degré moins élevé que les gangs de rue ;
- les gangs violents à visée idéologique (Skinheads) pouvant regrouper des adolescents et des adultes gagés essentiellement dans des activités poursuivant des fins idéologiques ;
- les gangs de rue souvent composés à la fois d'adolescents et de jeunes adultes menant des activités gales ou criminelles et violentes ;
- les organisations criminelles impliquant des jeunes et des adultes formant des groupes ordonnés et ables menant des activités orientées vers le gain économique.

DE L'INCIVILITÉ

Présenté au Service de police de la Ville de Montréal (SPVM) et adopté par le Conseil municipal le 28 octobre 2003, les 26 incivilités faisant partie du projet « Optimisation de la police de quartier ».

Les principales mesures mises de l'avant par le SPVM sont (...) entre autres :

- d'augmenter la visibilité policière avec, entre autres, une augmentation de la patrouille à pied qui représenterait 20 000 jours par année de présence policière visible;
- de faire des incivilités une véritable priorité notamment par l'ajout de 26 nouvelles catégories aux codes d'appels qui permettront de mieux identifier les problèmes et d'entreprendre des actions plus ciblées;

Ces 26 catégories d'incivilités devrait faire l'objet de codes d'appel afin d'en faciliter le diagnostic, le traitement et le suivi des phénomènes sociaux précurseurs de la dégradation du tissu social :

DESORDRES PHYSIQUES / MARQUES D'INCIVILITES

1. Bâtiments abandonnés, délabrés et/ou démolis ;
2. graffitis ;
3. petits incendies (poubelles, etc.) ;
4. abandon d'objets divers et saletés (épaves de vélo, détritus, ordures, défections canines) ;
5. bris de vitres (commerces, résidences, autres) ;
6. dégradation d'équipements publics (abribus, cabines téléphoniques, boîtes aux lettres, lampadaires, bancs publics, feux de circulation et panneaux de signalisation) ;
7. bruit (voitures, construction, etc.) ;
8. autres marques de vandalisme.

DESORDRES SOCIAUX / ACTES D'INCIVILITES

9. présence de prostitué(e)s et sollicitation ;
10. présence dérangeante d'itinérants ;
11. présence dérangeante de mendiants ;
12. présence de « squeegees » ;
13. regroupement de jeunes sur la voie publique (flânage, harcèlement, intimidation, bruit, etc.) ;
14. consommation d'alcool sur la voie publique ;
15. usage de drogue en public ;
16. conflits entre automobilistes ;

17. petits larcins (étalage extérieur, non paiement du titre de transport en commun) ;
18. vente de drogue dans la rue, les parcs et autres lieux publics ;
19. voisins bruyants (résidences, commerces, etc.) ;
20. violences verbales (insultes, injures, grossièretés, réflexions malveillantes, harcèlement verbal particulièrement contre les femmes, les homosexuels, les personnes âgées, les minorités visibles) ;
21. comportements incivils (crachats, urine, impolitesse, dépôt d'ordures, jet de détritus, non respect de l'interdit de fumer) ;
22. violences légères, bagarres, bousculades ;
23. rodéo sur la voie publique (en auto, vélo, planche à roulettes, patins à roues alignées, etc.) ;
24. violences collectives, heurts avec les policiers, attroupement illégal ;
25. chicane de voisins ;
26. stationnement sauvage (zone pour handicapés, entrées chatières, terrains privés, obstruction de la circulation).

Dans le cadre de la présente, ajoutons par « **incivilités** » dans la dynamique relationnelle « *des comportements déviants de faible intensité dont l'intention de blesser est ambiguë, en violation des normes de respect mutuel du milieu* » (Lim et Cortina, 2005). La tolérance au manque de respect envers les autres peut prendre différentes formes selon les milieux et selon l'importance des valeurs morales qui les caractérisent. Le caractère ambigu de l'intention derrière les gestes ou les paroles peut se manifester par exemple sous forme de moqueries, boutades, sarcasmes. La tolérance aux incivilités peut conduire à une spirale de comportements agressifs d'intensité croissante (Anderson et Pearson, 1999).

UNE CONTRAVENTION QUI RECOMMANDE : MÉTHODES « COERCITIVES-ÉDUCATIVES »

« Un père vaut plus qu'une centaine de maître » (Herbert George

En ce sens, il ne suffit pas que de sanctionner les comportements criminels, mais bien d'encourager les comportements non criminels et socialement acceptables (à l'instar de comportements anti-criminel du genre dénonciation en catimini, comité de surveillance, etc.). Dans ce contexte d'encouragement, la supervision et l'engagement policier sont essentielles, car les méthodes punitives et coercitives n'ont aucune efficacité et ont un effet spécifique et limité. Des initiatives d'encouragement sont essentielles et il est de l'avis du signataire que la Police gagnerait à utiliser des méthodes « **coercitives-éducatives** ».

A titre d'exemple, lors de la constatation d'un litige locateur/locataire, le policier pourra émettre une sorte de contravention suggérant fortement ces derniers d'entreprendre une démarche de conciliation à la Régie du Logement. De plus, si le locataire semble en situation de crise, le Policier émettra une sorte de contravention indiquant à ce dernier qu'il aurait intérêt de rencontrer un travailleur social. Ce sont dont de bons conseils de nature civique.

« Seule les bon professeurs forment les bons autodidactes » (Revek, J.

Car comme avec des enfants, non seulement il faut les sermonner et leurs faire la morale, mais aussi il faut leurs donné les moyens d'entreprendre une démarche de « **reprise**

de pouvoir » ou **« d'empowerment »** encourageant ainsi l'autonomie. Après plusieurs de ces sortes de contraventions, la police pourra rendre la sorte de contravention force de loi. A titre d'exemple, la Police pourra exiger ou faire exiger des citoyens que ces derniers se présentent au CLSC ou à un Centre de Crise.

Ces recommandations visent à proposer des mesures alternatives à la garde en établissement dont l'application devrait être restreinte qu'à des cas graves et exceptionnels compte tenu de ses implications. De plus, elle vise à offrir un cadre et une méthode de travail dans la perspective de la problématique de **« santé mentale »**.

DES GRAINES QUI PEUVENT GERMER

« Un professeur devrait avoir tout autorité et peu de pouvoir » (Szasz, Thomas)

Le pouvoir de recommandation issue de ces sortes de contraventions est orienté à une procédure éducative et incitative. Combiné au rapport d'événement, elle permet de faire une trace des événements et des recommandations données au citoyen selon une méthodologie spécifique. Un citoyen qui n'engage pas de démarche comme suite à plusieurs de ses sortes de contraventions, la Police pourra raisonnablement déduire qu'il y a résistance inappropriée, et que des mesures coercitives sont nécessaires, comme l'obligation de se rapporter au CLSC ou à la Régie du Logement. Ainsi, des pouvoirs octroyer en ce sens permettront d'éviter les dérapages et les dérives dans l'application de la loi sur la garde en établissement, et permettra de mettre en œuvre des mesures préventives limitant ainsi la récurrence d'intervention policières et l'usage inutile de cette loi. Elle vise aussi a éviter de stigmatiser le citoyen dans un processus « forcé » de diagnostic qui peut lui porté un sérieux préjudice, et ce, « ad vitam aeternam[vii] ».

« Le professeur ouvre des porte, mais c'est l'élève qui doit passer la porte »

Ces mesures préventives de recommandation ne sont pas établit par un Juge et le mécanisme d'application devra nécessiter une codification législative spécifique. Les sortes de contraventions doivent avoir un effet pédagogique. Elles doivent être conçu et établit dans une perspective stratégique à l'aide d'une pluralité d'expertises. Ainsi donc, plusieurs acteurs de différentes provenances auraient intérêt de travailler ensemble afin de mettre en œuvre une telle type de mesure.

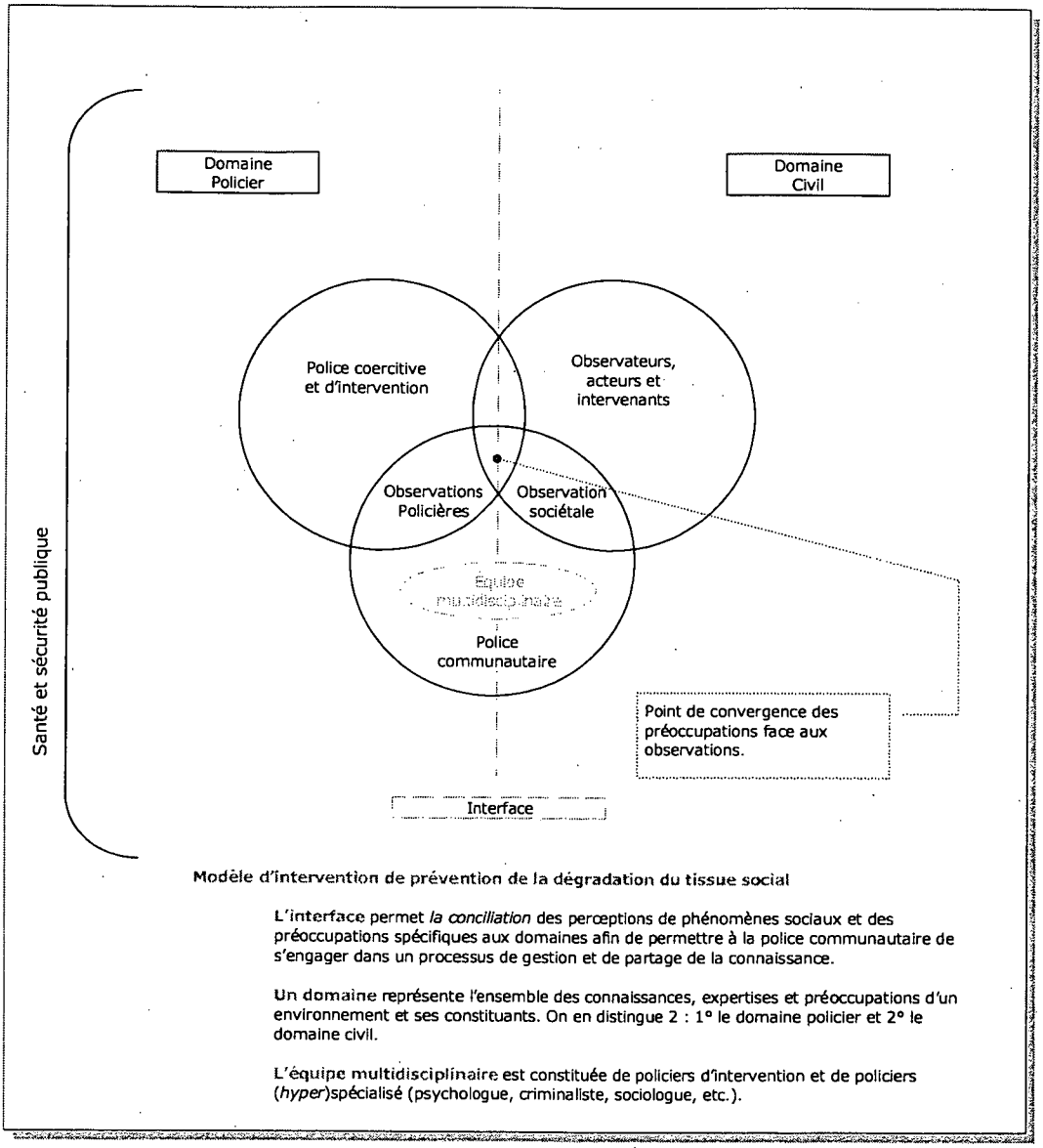
Les demandes judiciaires concernant les personnes qui accumulent les sortes de contraventions pourrais être traité au même titre qu'une demande d'évaluation psychiatrique et de garde en établissement et en vertu de cette même loi, le Policier pourra exiger ou faire exiger que le citoyen suive les recommandations.

En outre, le Juge lui, au constat des ces sortes de contraventions, pourra porté une décision plus judicieuse et considérer le point de vue de la Police. Ainsi, donc, une technique spécifique d'intervention doit être établie en lien avec la remise de ses sortes de contraventions.

L'intervention de la Police prend donc valeur et la forme d'une citoyenne soucieuse de ses enfants. Elle vise a donner des outils aux citoyens afin d'entreprendre une démarche qui leur permettra de trouvé des stratégies d'adaptations a leur problématique. La nécessité d'entreprendre des mesures dite **« coercitives-éducatives »** démontre bien l'impuissance du Policier dans la dynamique relationnelle entre locateur et locataires (ou de violence conjugale, etc.) et la nécessité d'établir des mesures **« coercitives-éducatives »** afin de contrer la dégradation du tissue sociale, qui est un facteur de risque à la criminalité, à la violence, à la drogue, etc., jusqu'à mettre à risque et en péril la sécurité publique. L'intervention **« coercitives-éducatives »** se trouve donc en amont du cycle menant à une dégradation du tissu social. L'intervention **« coercitives-éducatives »** se veut une méthode d'intervention policière modernisée, orientée vers la résolution de problème, plutôt que purement réactive, privilégiant le renforcement des actions préventives afin d'apporter des solutions aux sources même des problèmes

[vii] Pour l'éternité.

« DU CHANGEMENT PARAGIGMATIQUE » : PREVENTION DE LA DEGRADATION DU TISSUE SOCIALE



Modèle d'intervention de prévention de la dégradation du tissue social

L'interface permet *la conciliation* des perceptions de phénomènes sociaux et des préoccupations spécifiques aux domaines afin de permettre à la police communautaire de s'engager dans un processus de gestion et de partage de la connaissance.

Un domaine représente l'ensemble des connaissances, expertises et préoccupations d'un environnement et ses constituants. On en distingue 2 : 1° le domaine policier et 2° le domaine civil.

L'équipe multidisciplinaire est constituée de policiers d'intervention et de policiers (*hyper*)spécialisé (psychologue, criminaliste, sociologue, etc.).

La collaboration avec le secteur policier est encore très peu développé et précaire. Plusieurs stratégies aurait été tentés afin d'établir des mécanismes de collaboration (publicité, présentation de services, table de concertation, etc.) entre centres de crises et services de police, mais les relations ne sont que ponctuelles et conjoncturelles. Mais il semblerait qu'il soit difficile de développer un réflexe de leur part pour établir des liens de concertations. Il semble également que des indices révèle que l'affectation du personnel à de nouveaux postes et l'arrivée massive de jeunes policiers dans le secteur ne permettent pas aux agents de la paix de connaître les ressources du milieu et de les utiliser. D'autres facteurs tel que

l'accès aux services de crises, contraintes d'ordre structurelle, organisationnel, financier et géographique, affecterait la mise en place d'une concertation avec le secteur policier.

Affirmativement, il pourrait y avoir une équipe de **« Policier Civiques »**, policiers formé en psychologie de la personne, en sociologie, etc., afin d'établir une stratégie unifier et un continuum de mesures visant a prévenir **la dégradation du tissue sociale**. On outre, **le capital social** se serait considérablement dévalorisé dans un certains nombre de communauté et de régions (Paquet, 1999).

Pour la combattre efficacement, il faut être en mesure d'établir des diagnostics fouillés et d'élaborer des stratégies globales et multidisciplinaires d'intervention. Cette équipe sera probablement en mesure de traduire les besoins et les observations de la Police en faisant le **« Pont »** entre les acteurs et intervenants de la société et le SPVM. Il est également souhaitable de faire appel aux connaissances des organismes du milieu, des comités de citoyens et des groupes communautaires, de même qu'aux compétences des différents spécialistes et intervenants des institutions, tant publiques que privées, impliqués à l'échelle locale. Il s'agit donc d'établir une collaboration fonctionnelle entre des partenaires issus de milieux variés et animés par des préoccupations diverses et doit certainement viser l'élaboration de stratégies globales et communes d'intervention.

Il ne s'agit donc pas d'acquérir des policiers formés dans la coercition et l'intervention musclée, réservé au domaine criminel. Mais bien de la capacité d'acquérir un personnel hautement qualifier possédant une expertise multidisciplinaire capable de traduire les préoccupations de la Police aux acteurs et intervenants de la société civile.

C'est donc un changement de paradigme quant à l'organisation structurelle du SPVM. En effet, le personnel policier dont il est question ici sont plus des intervenant et observateurs. Il appuie de manière complémentaire l'intervention policière. Simplement, au lieu d'envoyer deux policiers spécialisé dans les intervention criminelle, vous envoyé deux policiers spécialiser en psychologie et en sociologie, et un autre en intervention criminelle.

Ce genre d'équipe permettrait de se concentrer sur les aspects civiques sans toutefois compromettre la mission première de la Police. Il s'agit d'une (sur)spécialisation complémentaire aux activités afférentes du SPVM.

Ce genre d'équipe pourrais aussi être en mesure de traduire les problématiques observer dans une perspectives civil, sociologique et psychologique compatible aux acteur et intervenants de la société civil sans toutefois compromettre ou sacrifier la notions de sécurité interne de l'organisation policière.

Préserver le tissue social, s'est préserver la vie. Ainsi, la Police intervient au niveau collectif en amont du cycle de dégradation du tissue sociale, ou lieu de le constater, et d'intervenir alors que les manifestations de la problématique nécessitent une intervention judiciaire !

DU CADETS DE POLICE

Les cadets sont des étudiants de niveau collégial ou universitaire se destinant à travailler dans la police. Sommairement, c'est dernier pourrais participer à l'endiguement de la dégradation du tissu social.

METTRE FIN AU CYCLE DE LA VIOLENCE ET AU CYCLE DE LA DÉGRADATION DU TISSU SOCIAL

« C'est le rôle essentiel du professeur d'éveiller la joie de travailler et de connaître » (Einstein, Albert)

Le cycle de la violence engendre des effets sur le tissu social qui exposera des symptômes tel que l'itinérante, les violences conjugales, la criminalité, la toxicomanie, etc. Un enfant qui vit dans un environnement **« pervers »** fera face à des facteurs de risques importants.

De plus, le Police plus que tout autre est consciente du phénomène suivant : « on ne peut aider une personne qui ne s'aide pas. » Pourtant, il est de la nature des choses de constater une résistance à la guérison chez l'individu. En effet, il semble établit que l'organisme cherche à conserver ses mécanismes de défenses préférentielle et rigides alors que la conscience tente de contrer ses mécanismes afin d'élaborer de nouvelles stratégies d'adaptations et de résolution de conflit (psychique et concrète).

- Offrir systématiquement une démarche de médiation ou de conciliation correspondant au type de litige constaté ;
- D'éviter l'utilisation de boutades (trait d'esprit, plaisanterie) et de pseudo-conseils ;
- La mise en place de procédures et de mécanismes organisationnels formels destinés à établir un dialogue égalitaire et respectueux avec les citoyens. Ce sont ces derniers qui y font face sont capables de reconnaître les problèmes les plus graves et susceptible proposer des solutions durables ?

De la sécurité privée

Les effectifs de la **sécurité privée** font face aux vols, fraudes, vandalisme et incivilités, dans les supermarchés, les grands magasins, les centres commerciaux, les hôpitaux. Dans ces espaces où se pressent des milliers de gens, il leur revient de gérer les problèmes de déviance posés par les itinérants, les vandales et les malades mentaux en situation crise. Quand les commerçants et les administrateurs ont pris conscience de la menace que représentait la montée des larcins, des fraudes et des incivilités, pourrait paraître évident que la police publique se consacre à des problèmes plus graves et ne pourrait leur offrir les services sur mesure qu'ils en attendaient. La **sécurité privée** apparut alors comme un recours. La **sécurité privée** reste une nébuleuse mal comprise et mal jugée. D'abord, il importe d'en appréhender la nature, sa dynamique propre, Puis on fera le point sur les inquiétudes qu'elle suscite.

En effet, l'usage de la **sécurité privée** à la protection de sociétés d'État, et des services publics, comme les hôpitaux ou les aéroports. Alors que la police publique a pour mission de faire régner la sécurité partout, dans la proto-société civile, l'agence ou le service de sécurité ne protège que les intérêts de son client et ne rend compte qu'à lui. La **sécurité privée** est donc une sécurité particulière; elle ne s'intéresse qu'aux les besoins du client tels qu'il les définit lui-même; elle se caractérise par un désir, motivé par le profit, de répondre à ses souhaits et par une mission circonscrite: assurer la sécurité de tel site, de telles personnes ou de tel réseau, à l'exclusion de tout autre site, personne ou réseau.

LE GARDIENNAGE

Le domaine de **la sécurité privée** connaît depuis les vingt dernières années une expansion considérable caractérisée à la fois par un accroissement rapide de son volume d'affaires et par une diversification non moins importante de ses activités. **La sécurité privée** représente, sans aucun doute, un secteur d'activités économiques important et en développement.

En 2006, le portrait de l'industrie a considérablement changé au Québec et au Canada comme à l'étranger. Le chiffre d'affaires annuel au Québec avoisine les 1,5 milliard de dollars. L'industrie compte 30 000 travailleurs et le taux de croissance annuel atteint jusqu'à 15 % dans certains secteurs comme l'alarme. La *Loi sur les agences d'investigation ou de sécurité* ne permet plus un encadrement efficace de l'industrie.

Des changements sont nécessaires depuis longtemps. C'est pourquoi, dès 1996, le ministre créait un comité consultatif à la suite de l'insistance du milieu qui considère la loi comme désuète. En 2000, le comité consultatif soumettait son rapport au ministre et, en décembre 2003, le ministre déposait à l'Assemblée nationale le Livre blanc sur la sécurité privée. Ce document ne recevait pas l'adhésion de la majeure partie des intervenants. En juin 2004, le ministre mettait en place cinq comités sectoriels chargés de lui présenter des avenues de solution relativement :

- à la formation ;
- à l'éthique ;
- à la régulation de l'industrie ;
- à l'identification des intervenants ;
- et au financement d'une telle réforme.

La Loi sur les agences d'investigation ou de sécurité[viii] (L.R.Q., c. A-8) est au Québec la seule pièce législative qui encadre, suivant une préoccupation spécifique pour la protection des personnes et des biens, des activités associées au secteur de la sécurité privée. Cependant, la *Loi sur la sécurité privée*[ix], qui a été adoptée le 14 juin 2006 par l'Assemblée nationale, entrera en vigueur progressivement. D'ici là, dans le contexte de la *réforme de la loi*, des représentants de l'industrie de la sécurité privée et les intervenants du Ministère travailleront ensemble à l'implantation du *Bureau de la sécurité privée*[x].

En soumettant le projet de loi no 88 (Loi sur la sécurité privée), le gouvernement visait les objectifs suivants :

- Renforcer la protection du public.
- Élargir l'assujettissement de la loi à six secteurs plutôt que deux :
  - gardiennage
  - investigation

[viii] http://www.msp.gouv.qc.ca/redirection.asp?id=5&type=loi&lang=fr, 15 septembre 2008 ;
[ix] http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=5&file=2006C23F.PDF, 15 septembre 2008 ;
[x] La création du *Bureau de la sécurité privée* constitue une étape importante de la réforme législative de la sécurité privée au Québec, car ce bureau assumera l'encadrement de l'ensemble des activités de l'industrie.

- serrurerie
- système électronique de sécurité
- convoyage de biens de valeurs
- activités conseil de sécurité

- Encadrer la pratique actuelle dans le respect des responsabilités de chacun (La loi ne confère aucune responsabilité additionnelle aux agents de sécurité privée au détriment des policiers et vice versa).
- Contribuer à l'amélioration des pratiques de sécurité privée.
- Moderniser la législation.

Plusieurs éléments contribuent à faire de la nouvelle loi un cadre législatif d'avant-garde :

- le rehaussement des critères pour l'obtention des permis;
- la formation éventuellement requise pour l'accession à une carrière en sécurité privée;
- le renforcement de la régulation par la mise en place du Bureau de la sécurité privée;
- la création d'un certain nombre de règlements, notamment à l'égard des normes de comportement.

La *Loi sur la sécurité privée* a donc été adoptée le 14 juin 2006. La ou les dates de son entrée en vigueur seront déterminées par le gouvernement. Ainsi, la *Loi sur les agences d'investigation ou de sécurité* continue de s'appliquer jusqu'à ce que toutes les dispositions de la *Loi sur la sécurité privée* soient en vigueur.

Les secteurs d'activité visés par la Loi sur la sécurité privée sont les suivants :

- le gardiennage;
- l'investigation;
- les activités exercées dans le cadre de la pratique de la serrurerie;
- les activités reliées aux systèmes électroniques de sécurité;
- le convoyage de biens de valeur;
- le service-conseil en sécurité.

Les entreprises offrant une activité visée par ce champ d'application doivent être titulaires d'un permis d'agence. Les entreprises ayant un service de sécurité interne ne sont pas assujetties à cette obligation.

Une personne exerçant une activité visée par ce champ d'application ainsi que son supérieur immédiat doivent être titulaires d'un permis d'agent. Cependant, la personne qui exerce cette activité pour le compte du service de sécurité interne d'une entreprise n'est tenue d'être titulaire d'un permis d'agent que s'il s'agit de son activité principale.

DE LA SECURITE PUBLIQUE ET PRIVEE

La loi exclut expressément :

- les personnes ayant le statut d'agent de la paix;
- les personnes chargées d'effectuer des inspections ou des enquêtes afin d'assurer l'application d'une loi ainsi que celles investies des pouvoirs et de l'immunité des commissaires nommés en vertu de la Loi sur les commissions d'enquête;
- les membres en règle d'un ordre professionnel dans le cadre de l'exercice de leurs fonctions;
- les titulaires de certificats ou de permis délivrés en vertu de la Loi sur la distribution de produits et services financiers et de la Loi sur les assurances;
- les employés d'un corps de police qui ne sont pas des agents de la paix et les personnes auxquelles il a recours à des fins d'enquête;
- les personnes qui cherchent de l'information à des fins médiatiques ou scientifiques ou dans le cadre d'un processus d'embauche;
- les agents de renseignements personnels qui n'exercent aucune autre activité de sécurité visée par le champ d'application;
- les bénévoles;
- les personnes autorisées, notamment par un permis, à exercer des activités d'investigation à l'extérieur du Québec et dont une partie de l'enquête doit se poursuivre au Québec;
- toute autre personne ou catégorie de personnes exemptées par un règlement du gouvernement.

La loi prévoit cinq catégories de permis d'agent et d'agence correspondant aux secteurs d'activité du champ d'application. Les permis sont délivrés selon certaines conditions de délivrances pour trois ans et sont renouvelables. La vérification des conditions relatives aux bonnes mœurs et aux antécédents judiciaires est toutefois effectuée chaque année. Les droits annuels exigibles sont fixés par règlement du Bureau de la sécurité privée.

La loi institue le Bureau de la sécurité privée, qui sera administré par un conseil d'administration composé de onze membres, dont sept sont nommés par les associations les plus représentatives de la sécurité privée, reconnues par le ministre, et quatre par le ministre. La mission du Bureau consiste à veiller à la protection du public. À cette fin, il :

- voit à l'application de la Loi sur la sécurité privée et de ses règlements;
- délivre les permis d'agent et d'agence;
- traite les plaintes contre les titulaires de permis;
- donne de la formation aux représentants des titulaires de permis d'agence;
- favorise la cohérence des actions des intervenants de la sécurité privée avec celles des intervenants de la sécurité publique;
- donne son avis au ministre sur toute question que celui-ci peut lui soumettre en matière de sécurité privée.

La loi confère aussi au Bureau les pouvoirs suivants :

- donner à un titulaire de permis d'agence des directives entourant l'exercice de ses activités;
- exiger qu'un titulaire de permis d'agence remplace son représentant;
- effectuer des inspections pour vérifier l'application de la présente loi et de ses règlements;
- enquêter, sur une plainte ou de son initiative, s'il y a un motif raisonnable de croire qu'il y a eu manquement à la loi ou à ses règlements.

Le Bureau tient également le registre des titulaires de permis d'agence et d'agent. La loi investit le ministre des pouvoirs suivants :

- inspecter le Bureau pour vérifier l'application de la loi et de ses règlements;
- ordonner, lorsque l'intérêt public l'exige, qu'une enquête soit tenue sur toute question relative à l'application de la loi;
- rendre, en certaines circonstances, des ordonnances à l'endroit du Bureau;
- assumer, en certaines circonstances, l'administration provisoire du Bureau.

Le Bureau doit déterminer, par règlement :

- la forme d'une demande de permis ainsi que les documents et les droits qui doivent l'accompagner;
- les droits annuels exigibles pour les permis;
- la couverture et les autres modalités de l'assurance responsabilité que doit détenir un titulaire de permis d'agence;
- le montant et la forme du cautionnement que doit fournir un titulaire de permis d'agence;
- les conditions relatives à la délivrance de permis temporaires;
- les normes de comportement applicables aux titulaires de permis d'agent dans l'exercice de leurs fonctions.

Il peut également, par règlement :

- définir la nature, la forme et la teneur des livres, registres et dossiers qu'un titulaire d'un permis d'agence doit tenir ainsi que les règles relatives à leur conservation, utilisation et destruction;
- imposer des conditions supplémentaires pour la délivrance des permis d'agent et d'agence.

Tous les règlements du Bureau sont soumis à l'approbation du ministre, sauf celui sur les normes de comportement qui doit être approuvé par le gouvernement.

Le gouvernement peut, après consultation du Bureau, déterminer par règlement :

- les personnes ou catégories de personnes exemptées de l'application de la présente loi et fixer les conditions de cette exemption;
- les normes applicables aux insignes, aux pièces d'identité et aux uniformes des titulaires de permis d'agent;
- les normes et conditions d'utilisation d'équipements et d'animaux par un titulaire de permis d'agent;
- les normes d'identification des véhicules utilisés en sécurité privée ainsi que l'équipement dont ils peuvent être dotés.

De plus, le gouvernement détermine par règlement la formation exigée pour la délivrance d'un permis d'agent. Ce règlement peut prévoir des exemptions ou des régimes transitoires pour le personnel en poste et prescrire le rôle du Bureau dans ce domaine.

Martine Fourcaudot[9] définit la sécurité privée appliqué au contexte québécois comme étant :

> *« [...] l'ensemble des activités et des mesures, visant la protection des personnes, des biens et de l'information, fournies dans le cadre d'un marché compétitif, orienté vers le profit, et où les pourvoyeurs n'assument pas, au regard de la loi, des responsabilités de fonctionnaires au service du gouvernement. »*

« *Le Système de classification des industries de l'Amérique du Nord (SCIAN)* » prévoit une catégorie distincte pour les « Services d'enquête et de sécurité », (SCIAN - 5616) qui comprend les classes suivantes :

- 56161 Services d'enquêtes, de garde et de voitures blindées
  - 561611 - Services d'enquêtes
  - 561612 - Services de garde et de patrouille
  - 561613 - Services de voitures blindées
- 56162 Services de systèmes de sécurité
  - 561621 - Services de systèmes de sécurité
  - 561622 - Serruriers

La *Loi sur les agences d'investigation ou de sécurité* ne ferais pas de distinction entre « agence de sécurité » et « agence d'investigation » pas plus qu'elle ne fait de distinction entre « agent de sécurité » et « agent d'investigation ». Le *règlement d'application de la Loi sur les agences d'investigation ou de sécurité* (A-8, r.1) que ces termes sont définis. C'est pourquoi nous avons choisi de traiter conjointement du « **gardiennage** ».

Ainsi « **le Gardiennage** » est l'un des type de service fournit par la sécurité privée aux **commerce au détail**.

Les *gardiens de sécurité* et le *personnel assimilé* surveillent les propriétés afin de prévenir le vol et le vandalisme. Ils contrôlent l'accès aux établissements, assurent le maintien de l'ordre et font respecter les règlements dans les établissements et au cours d'événements publics. Ils travaillent pour des agences

privées de sécurité, des magasins de détail, des entreprises industrielles, des musées et d'autres établissements. Au niveau de la formation, « les entreprises n'exigent généralement pas de diplôme particulier pour accéder à cette profession... »[xi]. Le fait qu'il n'existe pas d'exigences de formation minimale engendre des différences notables dans les standards d'une compagnie à l'autre. Cette situation semble avoir un impact sur la crédibilité du secteur.

Selon Gerden, la plupart des postes d'agents de sécurité et d'investigation demandent une certaine formation, que ce soit en regard des pouvoirs légaux, de la communication et des procédures à suivre. Or, le fait que certains agents ne possédant aucune formation sur les notions de sécurité ou d'investigation ne soient nullement renseignés sur la nature et les limites de leurs fonctions, peut entraîner la commission d'actes parfois condamnables. Ajoutons d'ailleurs que l'augmentation de la complexité des tâches des agents de sécurité et d'investigation augmente les besoins de formation.

Bien que l'on retrouve plusieurs programmes de formation de niveau secondaire, collégial et universitaire concernant le domaine de la sécurité et de l'investigation, il n'existe pas, à l'heure actuelle, de programme de formation de base uniformisé.

Tandis que la loi limite pour les policiers l'accès aux installations privées sans l'autorisation préalable du propriétaire, elle donne aux agents privés le pouvoir de protéger des biens dans des endroits qui peuvent être considérés publics. C'est notamment le cas des centres commerciaux qui, tout en étant de propriété privée, sont accessibles au public. On constate, plus généralement, que la situation budgétaire difficile vécue par les organismes publics offre à l'industrie de la sécurité privée l'opportunité d'accaparer des domaines et des champs d'activités où l'on ne retrouvait, jusqu'à tout récemment, aucune forme organisée de contrôle ou de surveillance. Il est à propos de rappeler ici que les intervenants du secteur de la sécurité privée détiennent, dans le cadre de leur travail, le même pouvoir juridique de faire respecter la loi ou de protéger les biens que les citoyens ordinaires. Ils ne possèdent pas le statut d'agent de la paix, contrairement aux policiers ou à certains fonctionnaires (ex.: agents de conservation de la faune) chargés de l'application des lois.

Ainsi, en cas de faute de l'agent de sécurité, il est difficile d'identifier ce dernier afin d'entreprendre des recours. En outre, alors que la couleur bleue devrait normalement être limitée aux uniformes des policiers, on retrouve plusieurs agences de sécurité qui utilisent l'uniforme de cette même couleur. Il existe donc une possibilité de se faire apostrophé par n'importe qui. Cette situation est problématique puisqu'elle engendre une confusion pour le public et l'industrie quant à l'identification des agents privés.

DÉRIVE EN GARDIENNAGE : DE L'INQUÉTUDES ET À LA VIGILENCE

Au Québec, la grande majorité des agents de sécurité n'ont pas plus de pouvoirs que ceux reconnus par la loi à un simple citoyen qui prend un voleur sur le fait. Ils n'ont ni le droit de fouiller ni celui d'user de la force (Gagnon, 1995). Le Code civil protège le citoyen contre les atteintes à sa vie privée et il balise très strictement le pouvoir des agences de sécurité. Ces dernières s'exposent à des poursuites judiciaires si elles font intrusion dans la vie privée.

Les agences et services de sécurité doivent aussi compter avec d'autres pouvoirs qui leur font contrepoids : les polices publiques, les gouvernements, le pouvoir judiciaire, les mass-media et même les autres agences. Si l'une d'elles se discrédite en se livrant à des abus, d'autres ne seront que trop contentes d'en profiter pour s'accaparer sa part de marché. Le pouvoir politique craint beaucoup plus la police que la sécurité privée, comme le montrent les concessions que les syndicats policiers arrachent aux politiciens.

[xi] Ministère de l'Éducation du Québec.

Toutefois, des entreprises spécialisées dans la surveillance, le renseignement et la filature seront inévitablement tentés d'abuser de leurs pouvoirs ; c'est pourquoi la vigilance s'impose. Également, L'argument selon lequel la sécurité privée est un luxe auquel les pauvres n'ont pas accès contient certainement une part de vérité. D'autant plus que les pauvres sont victimises plus souvent qu'à leur tour.

Le motif d'inquiétude le mieux fondé a trait à la qualité du personnel de base. Les gardes de sécurité sont-ils suffisamment compétents et intègres ? En l'absence d'une sélection rigoureuse du personnel, on court le risque d'embaucher des individus d'une moralité douteuse ou même des délinquants. Il y aurait lieu de poursuivre une réflexion afin de favoriser la mise en place de mécanismes d'accréditation de programmes de formation continue. Une concertation sectorielle concernant le processus de perfectionnement ou de mise à jour des compétences des agents de sécurité est donc essentielle.

RECOMMANDATION PRINCIPALE

L'accès aux connaissances et même leur acquisition ne prédisent pas leur utilisation. 50% des gestionnaires/praticiens dans le domaine du social rapportent ne pas utiliser les résultats des recherches lorsqu'ils leur proviennent (Landry, 1999). 2 000 000 articles domaine biomédical: 30% à 40% des patients ne reçoivent pas des traitements médicaux basés sur les évidences; 25% traitements non nécessaires ou dommageables (Landry, 2005). Comment favoriser une meilleure utilisation des connaissances scientifiques dans la pratique ?

L'application des connaissances scientifiques pose plusieurs défis dans le domaine social et les gestionnaires, chercheurs, praticien, cliniciens et intervenants partagent-ils les mêmes finalités ? Le Transfert et application des connaissances pose le paradoxe entre la mise en œuvre de solutions concrètes par rapport à l'avancement des connaissances, une réponse à court-terme par rapport à un échéancier à long terme. On semble valoriser davantage la productivité académique que le transfert de connaissance dans la société civile.

Le transfert des connaissances semble être fondé sur un processus d'échange. Différemment, la connaissance serait un construit subjectif dépendant du contexte (Gibson et Moharman, 2001). L'utilité des connaissances découlerait d'un processus d'étroite collaboration entre chercheurs et utilisateurs dans la production et l'utilisation des résultats. Une approche « bidirectionnelle » implique la réciprocité entre chercheur et utilisateurs.

L'application des connaissances concerne « l'échange, la synthèse et l'application éthique de connaissances, dans un systèmecomplexe d'interactions entre chercheurs et utilisateurs » (IRSC, 2002). On parle ici d'un modèle interactif visant mettre Mettre l'accent sur l'importance des aspects organisationnels et des interactions chercheurs et utilisateurs pour expliquer l'utilisation des résultats de la recherche. Ainsi, l'application des connaissances et l'interaction entre recherche et pratique pose la nécessité importance des relations à toutes les étapes entre les producteurs et consommateurs de connaissances. On pourrait former l'hypothèse que plus les interactions entre les chercheurs et les utilisateurs sont intenses et fréquentes, plus le fossé séparant les deux communautés s'amenuise et plus les connaissances sont susceptibles d'être utilisées.

« L'Agence » : plus qu'une « police de la police »

« La démocratie devrait donner aux plus faibles la même chance qu'aux plus forts » (Ghandi)

« L'Agence » est une ***allégorie***[xii], plus précisément une ***hyperbole***[xiii], en vue d'attirer l'attention sur le besoin d'une **organisme civil** permettant de faire le lien entre les divers intervenants clefs de la vie sociale, en vue de permettre, d'une part, d'encadrer et d'agir sur l'environnement social, et d'autre part, d'être une source d'expertise et de documentation, et finalement, encadrer **« la praxis »** de l'intervention. Cet **organisme** serait donc au service de la population en situation de **précarité socioéconomique** et agirait afin d'offrir une assistance de qualité quasi professionnelle et quasi juridique.

[xii] Allégorie : Représentation d'une idée abstraite par une métaphore littéraire développée ou, en art, par un être animé doté d'attributs symboliques.
[xiii] Hyperbole : Figure de style consistant à mettre en relief une expression en l'exagérant.

« L'Agence » s'assurera de se **positionner** de façon crédible, sans équivoque. Elle veut donc redonner du pouvoir à la personne et à la communauté à laquelle elle appartient. Il importe donc d'encourager les justiciables à utiliser les services de professionnels compétents.

Il est donc ici question, entre autres, d'assumer **un rôle de leadership** afin :

- l'agence relève d'un conseil elle n'est liée à aucun corps de police et son directeur peut, le cas échéant, porter des accusations criminelles ou en déontologie policière. Et lorsqu'un dossier est fermé faute d'éléments concluants, les parties impliquées et le public ont accès aux informations recueillies, le tout en conformité avec la Loi sur la protection de la vie privée.

Notons que le **capital social** se serait considérablement dévalorisé dans une certains nombre de communauté et de régions (Paquet, 1999). Ainsi, **« la société civile »** est de plus en plus valorisée. La **« National Civil League »** aux États-Unis propose certains critères pour la concrétiser :

1. la participation des citoyens et leurs interactions ;
2. le leadership de la collectivité (leaders politiques, économiques et civiques) et la volonté des leaders de prendre des risques et des initiatives ;
3. la performance des instances, particulièrement sur le plan local ;
4. le bénévolat, la philanthropie et la réciprocité — l'entrepreneurial local et la création d'emplois sont grandement favorisé.

Notons également que **la coopération** (l'association, les réseaux, la réciprocité) s'impose comme une modalité de coordination entre les différents acteurs et organismes publics de **la société civile**. **« L'Agence »** concentre un double vocation, sociopolitique et sociale.

Mission de « L'Agence »

L'intervention du **« L'Agence »** est complémentaire à celle de ses coopérants[xiv]. Elle se distingue par sa perspective d'ensemble sur tous les secteurs de la vie sociale et sur l'ensemble de la population. Ses moyens spécifiques d'intervention sont axés sur la vigie et le soutien-conseil, sur la concertation, la coopération, et la coordination, l'intervention et l'organisation sociale et communautaire.

Valeurs de la « L'Agence»

Les valeurs constituent des facteurs puissants de la conduite humaine. Elles en sont à la fois point de référence, mobiles profonds, sources vives de dynamisme, motifs d'engagement et de dépassement, ouverture vers les dimensions les plus universelles de l'âme des personnes comme des sociétés. Implicitement ou explicitement, des valeurs fondent toujours les choix qui président à **« l'agir »** personnel ou collectif[10].

1. **La justice sociale** : **« L'Agence »** se veut être le révélateur de facteurs structurels et organisationnels à la source des problèmes sociaux et du cycle de dégradation du tissu social ;
2. l'accompagnement : agir a titre de guide et de conseiller ;

[xiv] Coopérant : Qui coopère. Coopère : Agir de concert, travailler conjointement pour... Collaborer à : s'associer à quelque chose pour réaliser une même entreprise.

3. « l'**empowerment** » (autonomisation) ;
4. la concertation, le partenariat, la coopération et la télécollaboration[xv];
5. l'action intersectorielle[xvi];
6. la représentation collective;
7. la mobilisation;
8. la pédagogie « **actualisante** ».

La pratique préconise aussi les perspectives suivantes :

> *« la volonté et la capacité d'intervenir sur les problèmes sociaux collectifs vécus par les personnes appauvries économiquement, marginalisées socialement et culturellement ou discriminées politiquement, l'analyse de ces problèmes en fonction, non pas d'une faiblesse de la personne qui les vit, mais d'une distribution inégale du pouvoir — social, économique et politiques — et dont les solutions passent par le renforcement du pouvoir des communautés, et des individus et finalement un parti pris pour la démocratie et l'autogestion des communautés ».*

De l'action sociale

« L'action sociale est une approche de défense et de promotion des droits des citoyennes et citoyens, en particulier des moins favorisés, qui mise sur la revendication et les pressions en opposition au pouvoir dominant (Rothman, 1979). »

« **L'approche sociopolitique** » (**action sociale**) se définit par les caractéristiques suivantes :

1. la résolution de problèmes sociaux par les groupes sociaux les plus démunis, à travers un travail de défense et de promotion de leurs droits ;
2. l'attention portée à certains problèmes sociaux ;
3. l'organisation d'actions directes, l'éducation populaire, l'information communautaire et la négociation de solutions avec les autorités en place ;
4. une action collective.

De l'action communautaire et social

Le « **champ** » de « **l'action sociale** », en mouvement et en construction en raison des nouvelles problématiques, des nouvelles mobilisations et des nouvelles pratiques qui s'y développent. C'est l'espace que créent les mouvements sociaux par la redéfinition des problèmes sociaux, la définition et l'entrée en scène de nouveaux acteurs et la production de nouvelles pratiques alliant revendication de droits et de programmes sociaux, ainsi que le développement de nouvelles stratégies et approches dans l'intervention sociale. C'est le lieu d'expression du **travail social « réformateur »**, il est produit par des acteurs aux

---

[xv] Activité structurée dans laquelle des organismes, des acteurs utilisent les outils d'Internet afin de communiquer et de collaborer en vue de rassembler, analyser et partager des informations et des connaissances.
[xvi] Relatif à des secteurs d'activités différents, à des compétences diverses.

valeurs et motivations diverses. Il est par ailleurs fréquent de retrouver les **« militants-intervenants »** dans les programmes de formation en **travail social**, avec comme principale motivation non pas l'acquisition d'un statut professionnel, mais celle de connaissances et d'outils d'analyse et d'intervention.

Dans le cadre de la mise en œuvre du **« L'Agence»**, l'organisation communautaire peut être conçu comme une intervention de changement social planifié dans et avec les communautés locales. Selon Kramer et Specht (1983, p. 14) : **«** *[elle] renvoie à différentes méthodes d'intervention utilisées par un agent de changement professionnel pour aider un système d'action communautaire composé d'individus, de groupes ou organisations à s'engager dans une action collective planifié dans le but de s'attaquer à des problèmes sociaux en s'en remettant à un système de valeurs démocratique*[11]. **»**

Également, le **« L'Agence»** privilégie comme mode d'intervention le point de vue d'un art et d'un savoir faire en matière d'animation des communautés, en matière d'organisation et de négociation, d'information et de formation de leaders communautaires, de planification de projets, de coordination et de concertation entre différentes composantes d'un milieu. Cet art ou ce savoir-faire s'exerce à intérieur de stratégies diverses.

L'organisation comprend essentielle le développement et la mise en pratique d'un corpus de connaissances systématisées[xvii], issue de divers approches théorique et conceptuels (de la psychologie, de la sociologie et de la philosophiques) ainsi que des l'apports des enseignements tiré de l'expérience de la mouvance communautaire.

1. L'approche sociocommunautaire (entraide et service de proximité) :
2. revitalisation, recomposition et prévention de la dégradation du tissu social ;
3. la résolution de problèmes sociaux des groupes sociaux vivant la vulnérabilité ;
4. l'attention porté sur la marginalité, l'exclusion sociale, l'itinérance, la santé mentale ;
5. agir sur les facteurs de risque environnementaux relevant du tissu social ;
6. promotion de pratique d'intervention clinique et de relation d'aide.

Du « planning social »

Les interventions de **« planning social »** prennent racine dans une démarche **« socio-institutionnelle »** ou des **experts**[xviii] oeuvrant à l'intérieur des organisations publiques ou parapubliques déterminent les éléments de la problématique ainsi que les actions prioritaires à poser (Rothman, 1979). Elle exige souvent la mis en en œuvre au plan local de politiques ou de programmes publics, ou d'ajustements législatifs.

« L'approche socio-institutionnelle » (planning social) se caractérise par les éléments suivants :

1. la résolution des problèmes sociaux de communautés locales par **une intervention de proximité** ;

[xvii] Regrouper des éléments en système.

[xviii] Personne qui a acquis une grande connaissance ou un grande habileté dans un domaine. Le signataire aimerais noter que la définition juridique se décline ainsi : Personne chargée de faire des examens, constatations ou appréciations de fait en vue de la solution d'un procès.

2. le recours à **la démarche scientifique** et aux experts dans l'identification des problèmes prioritaires, la conception de « programme-cadres », l'identification de moyens d'implémentation de ces programmes dans la communauté locale ;

3. l'implémentation, sur **le plan organisationnel**, de services communautaires dans la communauté locale pour des populations clairement identifiés ;

4. l'organisation de la concertation entre les organismes de l'État et les ressources communautaires locales (Bourque, 2005) ;

5. la participation des organismes communautaires et de la population à la planification d'organisation de service public et parapublics[xix].

DE LA JUSTICE SOCIALE ET DU DÉVELOPPEMENT DE POLITIQUES SOCIALES

Les notions de défense des droits et de **développement des politiques sociales** sont intimement liées à la notion d'agent de changement, définie comme étant « *toute personne ou acteur qui agit consciemment dans un environnement en vue d'y introduire un changement* ». Notre action peut faire l'objet d'une stratégie précise aux visées globales — sur des enjeux sociétaux fondamentaux — ou aux visées individuelles, au nom de clients ou de membres que « **L'Agence** ».

Le développement des politiques sociales comprend, quatre composantes principales :

1. l'analysent, des fondements des politiques sociales et des orientations gouvernementales;

2. l'analyse de l'impact des orientations gouvernementales;

3. l'influence des orientations gouvernementales concernant les populations cibles : les regroupements et les organismes peuvent être affectés par des politiques sociales sectorielles concernant des populations cibles;

4. les diverses activités que peuvent entreprendre les regroupements et organismes au cours du processus de développement des politiques sociales : de la participation à la conception et à la présentation de mémoire, jusqu'à la mobilisation contre un projet de politique sociale.

Afin de garantir la protection des droits individuels, il s'agit d'un travail essentiel. La défense des droits individuels ou la prise en charge individuelle basées sur « **l'empowerment** », leur responsabilisation progressive et leur autonomisation dans le cadre de l'exercice de leur citoyenneté. Elle demande de les informer, de les soutenir et de les accompagner auprès des instances décisionnelles pour s'assurer que leurs droits soient respectés.

Le développement de « **l'empowerment** » des individus peut nécessiter la mise en place de programmes et d'activités d'information, d'entraide et de formation : l'objectif est de les aider à acquérir les compétences qui leur permettront de surmonter les obstacles et de régler eux-mêmes les problèmes. La défense des droits individuels peut s'avérer le prélude à la défense des droits politiques, le premier pas qui permet aux individus d'augmenter le niveau de contrôle sur leur propre vie et éventuellement de travailler au nom des droits collectifs ou de la participation citoyenne.

[xix] Se dit d'un organisme ou d'une entreprise qui dépend de l'État tout en jouissant d'une certaine autonomie dans ses statuts ou dans sa gestion.

Ainsi, comme le souligne Bonin (1991), « *L'objectif d'intervention n'est plus uniquement de fournir une réponse aux problèmes, mais de mobiliser toutes les ressources d'une manière efficace, en favorisant la création d'environnements favorables pour que les compétences puissent s'épanouir* ».

L'intervenant devra donc utiliser au maximum son potentiel de créativité (se permettre de s'aventurer dans des avenues non conventionnelles) afin d'amener la personne et son entourage à développer les compétences nécessaires dans le but de maximiser leur autonomie et leur permettre d'effectuer des choix réels dans une vaste gamme de situations possibles.

Dans une optique d'appropriation, l'intervenant devient donc une personne qui comprend une situation au lieu de vouloir la changer, une personne qui conseille et soutient au lieu de contrôler. Dans l'optique du partenariat, la personne concernée n'est plus considérée comme sujet d'intervention, mais comme partenaire.

UNE PROTECTION ET UN SOUTIEN SOCIAL

Les valeurs véhiculer par « **l'Agence** » favorisent une philosophie alternative axée notamment sur l'accueil de la personne dans le respect de ses choix, sur la primauté du lien avec l'autre dans un rapport volontaire et égalitaire, sur la conception globale de l'individu plutôt que sur une vision fragmentaire de celui-ci en termes de besoins, sur la capacité à reprendre du pouvoir sur sa vie et sur l'enracinement d'une pratique au coeur de la communauté.

D'une part, l'accueil joue un rôle fondamental dans le rapport de la personne à elle-même et dans l'évolution de ses rapports avec les intervenants et les services (Rodriguez et collab., 2006 : 151). « *[...] une place considérable est réservée à l'accueil de la personne, à l'écoute et à la communication dans la relation. La personne est accueillie dans sa souffrance psychique et relationnelle, dans sa différence et dans sa façon propre d'être au monde. De même, elle est accueillie à son rythme et dans un rapport axé principalement sur ses désirs et ses besoins dans un cheminement vers son mieux-être*[12] ».

D'autre part, Cutrona et Russel (1990), tiré de Provost (1995) ont identifié cinq fonctions principales du **soutien social** :

1. **Le soutien émotif** permet à la personne de sentir qu'on s'occupe d'elle et devient une sorte de sécurité émotive lors des moments difficiles.

2. **Le soutien d'estime** fournit des signes de rétroaction positive favorisant ainsi le sentiment de compétence chez la personne et son estime de soi.

3. **L'intégration sociale** donne à l'individu un sentiment d'identité face à un groupe, c'est ce qui crée l'accessibilité à d'autres personnes ainsi qu'à des activités sociales et récréatives.

4. **L'aide tangible** réfère à une assistance concrète qu'une personne peut nécessiter dans une situation de stress (aide psychologique, support moral, matériel, etc.).

5. **Le soutien d'information** peut donner certaines réponses pour résoudre un problème ou orienter vers les ressources nécessaires.

DE L'ÉTIQUE

Selon Jean-François Malherbe[13], « *l'éthique est l'art de devenir sujet. Le but fondamental de l'éthique, c'est que chaque humain soit le véritable sujet de sa propre existence, c'est que chacun devienne lui-même, que ce que nous sommes, ce que nous disons, ce que nous faisons, les relations que nous entretenons avec nous-mêmes et avec les autres, que tout cela jaillisse de plus profond de nous-mêmes,*

du plus profond de notre identité humaine. En autres termes, la requête éthique est que chacun devienne autonome ».

DE L'ACCOMPAGNEMENT

Cette approche permet une démarche se démarquant des modes d'action ouvrant la porte à l'affirmation de sa citoyenneté par l'intermédiaire d'un engagement dans des organismes ou dans la communauté. L'objectif consiste à faire émerger (verbalisation, mentalisation) l'expression des besoins et des aspirations des personnes pour la résolution de son problème. L'approche se fonde sur la présence volontaire du client en favorisant l'écoute et la discussion tout en soutenant la recherche de moyens de prise en charge de la problématique par ce dernier en usant des ressources externes telles que les institutions publiques ou communautaires.

Selon Renaud (1997 : 156), l'accompagnement permet « *d'établir une rencontre ou est ouverte la possibilité de la construction d'une relation significative à partir de la reconnaissance de la personne comme "acteur-sujet" de son histoire* ». L'action est définie comme l'accompagnement d'une personne en quête du sens de son expérience litigieuse avec son locateur.

Cette conviction que les personnes ont la capacité de définir et d'entreprendre elles-mêmes les actions nécessaires au changement est aussi à la base de certains types « **d'empowerment** » (Miley, O'melia et Dubois, 1998). L'intervenant cherche à établir un rapport égalitaire, se considérant comme « **partenaire collaborateur** » plutôt que comme expert professionnel. Cette approche favorise un travail proactif orienté vers le mieux-être et misant sur le potentiel des personnes.

L'accompagnement prend en compte une vision globale prenant en considération la complexité des réalités humaines (sociales, historiques, politiques, environ mentales, économiques, psychologiques, relationnelle, etc.). « **L'Agence** » désire s'étendre sur une conception de l'action centrée autant sur les causes que les conséquences des situations vécurent par les individus.

L'efficacité de **conseiller**[xx] les candidats futurs plaideurs avant le déclenchement des procédures a convaincu différentes administrations de la justice de mettre en place des structures de conseil, tel, par exemple, au Royaume-Uni, le Citizens Advice Bureau (CAB) subventionné par la Commission des services judiciaires.

Au Chili, après trois années de formation, les étudiants en droit sont habilités à représenter des personnes défavorisées devant les tribunaux, sous le contrôle de leur professeur avocat. L'exercice de la profession d'avocat est soumis à un stage préalable.

DE L'EMPOWERMENT (AUTONOMISATION)

« **L'empowerment** » agit comme une force d'émancipation dans un contexte d'exclusion sociale, de précarité socioéconomique, en accroissant le pouvoir des individus, des groupes ou des communautés qui en sont dépourvues.

« *Cette notion fait référence au processus permettant à la personne de retrouver son autonomie et d'avoir une plus grande maîtrise de sa vie. [...] travailler dans une perspective où l'on doit miser sur les forces des individus demande que les praticiennes et les praticiens adoptent une attitude de collaboration qui soit respectueuse des droits des usagers [...] de permettre aux personnes concernées de participer activement aux choix des services et des moyens qui les aideront à atteindre leurs buts personnels*[14].»

[xx] Conseiller : Personne qui donne des conseils. Un conseil : activité quasi-professionnelle consistant à mettre ainsi ses connaissances à la disposition d'autrui (organisme communautaire de conseil). Un conseiller est une Personne qui, à titre quasi-professionnel, conseille — aviser par conseils, suggestions, recommandations — une autre personne dans la conduite de ses affaires.

Englobant la reconnaissance du droit des individus à l'autodétermination, cette philosophie propose d'accompagner les personnes dans une démarche d'appropriation de pouvoir sur leur vie (Parazelli : 1996) ; cette notion renvoie à celle de l'autonomisation (**empowerment**). Se fondant sur un rapport volontaire et égalitaire plutôt que sur une relation d'expert à client avec les usagers, l'approche tend à encourager et assister les personnes à définir elles-mêmes leurs problèmes, leurs besoins ainsi que les pistes de solution à envisager pour résoudre leurs situations (verbalisation et mentalisation).

Aussi, l'appropriation est un *« processus par lequel des gens, des organisations ou des communautés gagnent de la maîtrise sur leurs affaires »* (Rapport 1987 tiré de Jutras et collab., 1994). Ce concept sous-tend donc une présomption de compétence. En effet, l'appropriation signifie que la personne et son entourage possèdent les capacités de s'impliquer dans la définition et la distribution des services qui les concernent. Nous reconnaissons ainsi que la personne et son entourage à le droit d'être eux-mêmes, d'avoir plus d'opportunité de choix et de prendre des décisions (Hurteau et Boutet, 1993).

« Pour respecter l'optique de l'approche communautaire et permettre à la personne de se réapproprier sa vie, il est nécessaire devrons outiller la personne, son entourage et les ressources du milieu en vue de développer un meilleur sentiment de confiance et de compétence en leurs ressources » (Hurteau, 1988). Nous devenons ainsi des facilitateurs de l'appropriation en aidant les personnes à clarifier ce qu'elles veulent et non ce que nous voulons pour elles (Soulières, 1992). Ainsi, il s'agit de mettre en place des conditions qui favorisent le bien-être, qui activent les solidarités pour affronter de façon novatrice de nouveau problème social et rebâtir des conditions de développement local où les personnes ont du pouvoir sur les décisions les affectant. Pour Nimacs (1995), un travail **« d'empowerment »** est indissociable de l'action pour enrayer l'oppression.

« Le principe d'empowerment n'est pas un état de fait, mais plutôt une prise de conscience qui enclenchent une démarche personnelle et par lesquels la personne acquiert des sentiments de capacité et des habiletés lui permettant de contrôler davantage sa propre destinée. »

L'empowerment est le contraire de la **« prise en charge de la personne »** par une autre personne. **L'empowerment** aide et favorise l'autonomie, et ce, afin d'augmenter l'estime de soi, de réduire l'isolement social et de développer une motivation à chercher constamment des solutions à ses problèmes, ainsi que d'acquérir un meilleur contrôle sur sa vie quotidienne. Dans le cas qui nous intéresse, cela signifie être capable d'intégrer le marché du travail et de s'y maintenir.

Il faut aussi préciser qu'être autonome dans le processus **d'empowerment** ne veut pas dire uniquement de régler ses problèmes tout seul, mais d'être libre dans l'utilisation des ressources existantes (personnelles, communautaires, privées ou publiques). C'est justement cette autonomie qui permet de s'approprier du pouvoir sur sa vie.

Sommairement, on distingue trois formes **d'empowerment**. Ainsi, **« le self-empowerment »**, ou le développement de l'autonomie, vise essentiellement l'élimination des barrières limitant le développement de la personne, **« l'empowerment collectif »** tend à l'élimination des causes structurelles du sous-développement et de l'exclusion **« l'empowerment communautaire »** postule qu'une véritable prise en charge passe par la responsabilité mutuelle et le respect de la dignité humaine. Toutefois, avant d'exercer un pouvoir sur **le plan individuel**, et ce, en travaillant simultanément sur quatre composantes principales : la participation, la compétence technique, l'estime de soi et la conscience critique[15].

LA CONCERTATION

La concertation est un processus formel de gestion et de coordination peu hiérarchisé, reposant sur une adhésion volontaire des groupes et des institutions en vue de se fixer et d'atteindre des objectifs communs, ou du **« L'Agence»**. Elle se matérialise souvent par la mise en place de tables de concertations, ou la présence du **« L'Agence»** à diverses tables de concertations.

Les relations extérieures entretenues par « **l'Agence** » avec divers partenaire se traduisent par la mise en œuvre d'une multitude de formes de coopération et de concertation dans leurs milieux respectifs. La concertation et la coopération peuvent se situer non seulement au niveau sectoriel, régional ou national, mais aussi au niveau de l'entreprise.

« Pour comprendre les subtilités de la concertation au Québec, il faut donc analyser les différents niveaux du processus qui comprend les éléments suivants : la recherche de voies d'accès de la part des groupes, l'ouverture d'un dialogue, l'échange d'informations, l'analyse conjointe de la conjoncture, les négociations et les compromis, la réalisation d'un consensus sur les solutions à mettre de l'avant et, finalement, la mise sur pied d'institutions et/ou de mécanismes précis pour faciliter un consensus plus large et plus durable » (Fournier, 1988, p. 3).

« Le partenariat est la collaboration entre le monde des affaires, des organisations à but non lucratif et des organismes publics dont les risques, les ressources et les capacités sont mis en commun et partagée au sein de projets profitant à chaque partenaire et, plus généralement, à l'ensemble de la communauté. » (Stratton, 1989, p. 79).

LE PARTENARIAT

Le partenariat consiste en une action partagée par laquelle des acteurs aux visées différentes veulent travailler ensemble. C'est un engagement et un partage de certaines décisions à toutes les étapes du processus. Ce mode de fonctionnement implique nécessairement une ouverture d'esprit. Il s'agit en fait de viser une concertation régulière empreinte de rapports égalitaires et centrée sur les besoins des personnes.

Ceci sous-tend l'établissement de liens de nature égalitaire entre les parties. L'intervenant cherchera ainsi à établir des collaborations avec les différentes ressources autour de la personne en respectant leurs valeurs et leur savoir-faire. Chaque personne ou ressource sera reconnue comme ayant le potentiel nécessaire pour intervenir selon son champ d'expertise et l'union de ces divers potentiels complémentaires créera une synergie facilitant la réalisation d'objectifs communs.

Le partenariat implique **des relations contractuelles d'alliance volontaire**, incluses dans **un contrat formel**, qui définissent le partage du pouvoir (s'il y a lieu), des responsabilités et des ressources d'intervention entre les partenaires publics, privés, institutionnels ou associatifs.

> *« Partnership is a dynamic relationship among diverse actors, based on mutually agreed objectives, pursued through a shared understanding of the most rational division of labour based on the respective comparative advantages of each partner. Partnership encompasses mutual influence, with a careful balance between synergy and respective autonomy, which incorporates mutual respect, equal participation in decision making, mutual accountability and transparency. » Brinkerhoff (2002, p. 21)*

« **La concertation** et **le partenariat** sont deux facettes imbriquées d'une même réalité :

- **la concertation**, c'est s'entendre pour agir ensemble et réfléchir sur des modalités de réalisation d'une action conjointe;
- le **partenariat**, c'est une action partagée entre différents acteurs qui agissent selon une entente établie entre eux par la concertation. » (Vachon, 1992, p. 20) ;

Valeurs et attitudes partenariales :

- Adopter une ouverture d'esprit;

- établir des rapports de confiance;
- faire preuve de souplesse dans les moyens à utiliser pour obtenir un résultat;
- toujours pensé en fonction d'une complémentarité de services;
- avoir un intérêt marqué pour les ressources de la communauté;
- faire preuve de créativité.

Dans une optique de rapprochement avec les citoyens, les forces policières sont appelées à travailler de concert avec la population. Dans cette perspective, un **changement de mentalité** par rapport à ce qui existait chez les policiers des générations précédentes est nécessaire.

D'abord, le partenariat doit se faire entre des acteurs de différents organismes. Ensuite, la relation doit impliquer un engagement de la part de tous les participants, que ce soit par écrit ou de manière plus implicite. Enfin, la relation partenariale doit comprendre un plan d'action clair et déterminé à l'avance.

L'ACTION INTERSECTORIELLE

Un guichet unique offrant un continuum d'accès à des services est un concept qui fait à la froide allusion à **la continuité**. Et la complémentarité des services s'adressant à la clientèle cible. Un continuum implique nécessairement l'utilisation de multiple service, intensif ou occasionnel, dispensé par les établissements publics, les institutions administratives, des organismes de la communauté (acteurs sociaux) incluant les groupes communautaire. Ainsi, ces entités sont interreliées par le biais du **« L'Agence»**.

LA REPRÉSENTATION COLLECTIVE

Le rôle de **la représentation collective** vise à influencer les instances en rapport avec **les intérêts** qu'un organisme communautaire.

« L'Agence » se distingue du fait qu'elle ne représente un groupe de personnes, mais bien la solution à une problématique social. **« L'Agence »** est un lieu de convergence, de l'action, de pratiques, de connaissance, d'acteurs et d'organismes, et des personnes sous l'égide du **« L'Agence»**. **« L'Agence »** représente donc une solution à une problématique bien définit et ce sont les individus **« eux-même »** qui se représentent, le protecteur jouant ainsi un rôle structurant, mobilisateur, organisateur et motivateur.

« L'Agence » repère dans le monde social les positions des autres représentants collectifs, identifie les points de convergence et de divergence, examine les compromis potentiels de part et d'autre et crée des alliances.

« L'Agence » consulte les organismes public et communautaires, les acteurs sociaux et les personnes sous l'égide du **« L'Agence »**. Il s'assure de détenir un mandat clair tout en disposant d'une marge de manoeuvre suffisante pour exercer un pouvoir sur la détermination des orientations. Un/Une représentant(e) du **« L'Agence»** peut siéger au sein d'instances, s'occuper de la rédaction de mémoires, être porte-parole lors d'une table ronde ou d'une conférence de presse. **La représentation** doit s'exercer avec force, rigueur et cohérence.

LA MOBILISATION

La mobilisation s'opère à partir de problématiques et d'enjeux bien définis reconnus dont la résolution génère un consensus : **la mobilisation** vise le changement par un engagement collectif. Il s'agit donc de se doter d'une structure, d'un(e) porte-parole et de moyens concrets pour agir en cohésion. La phase organisationnelle du processus de mobilisation est donc cruciale : il faut clairement définir la vision commune et former l'équipe de représentation. **La mobilisation** demande aussi d'évaluer l'impact des tactiques planifiées en fonction de la stratégie et des objectifs à long terme. Il est important pour **« l'Agence »** de ne pas mobiliser les gens dans une aventure non structurée et irréaliste car il en va de la crédibilité même de l'organisation.

Il ne s'agit pas de **mobiliser** un groupe de personne dans l'optique du militantisme. Il s'agit, d'une part, de mobiliser l'individu, d'abord pour acquérir une certaine autonomie citoyenne, créant ainsi une dynamique favorable à la praxis de la citoyenneté. **« L'Agence »** n'est qu'un catalysateur. D'autre part, de mobiliser les acteurs sociaux ainsi que les organisme communautaire et public vers une action correctrice tout en ayant un impact sur le cycle de dégradation du tissue social.

A titre d'exemple, on encouragera l'apprenant et l'apprenante à s'investir dans des organismes communautaires de son choix, ou de bénéficier de la prestation de service fournit par ces derniers.

DE LA PÉDAGOGIE « ACTUALISANTE »

« La pédagogie actualisante » est un processus interactif de socialisation/autonomisation qui s'adapte aux caractéristiques individuelles de chaque apprenante ou apprenant[xxi] et qui vise à actualiser leur plein potentiel dans leurs dimensions intrapersonnelle, interpersonnelle et sociale. Cette pédagogie comprend plusieurs volets interdépendants et complémentaires qui, réunis, constituent une conception de vie et une philosophie éducative. (Université de Moncton, juin 1997, p. 12).

L'un des principes sous-jacents à **« la pédagogie actualisante »** est l'optimisation des apprentissages chez tous les apprenants et apprenantes, qui deviennent le moteur ou l'élément le plus important de changement dans leur vie.

Les huit volets de **la pédagogie actualisante** :

1. Pédagogie de l'unicité ;
2. Pédagogie de l'accueil et de l'appartenance ;
3. Pédagogie de la conscientisation et de l'engagement ;
4. Pédagogie de la participation et de l'autonomie ;
5. Pédagogie de la maîtrise de l'apprentissage et du dépassement de soi ;
6. Pédagogie de la coopération ;
7. Pédagogie intégrative et réflexive ;
8. Pédagogie de l'inclusion.

[xxi] Personne en processus d'apprentissage, suivant un enseignement.

DE L'INNOVATION : « LE PARADIGME » AU CŒUR DU CHANGEMENT

(Voir : chapitre sur l'apprentissage par projet)

Du grec *paradeigma* (*para* : à côté de, *deigma* : ce que l'on montre). Le *paradeigma* réfère à la chose sensible ou activité concrète, en-soi sans importance particulière, mais ayant valeur d'exemple privilégié, dont la connaissance aisée sert à obtenir par analogie la connaissance d'une réalité essentielle[16,17]. Elle réfère également à la notion de modèle[xxii].

Un paradigme[xxiii] est un système de référence, ou un cadre conceptuel général, qui reflète un ensemble de normes, de principes et de règles admises par une majorité d'individus au sein d'une discipline, ou même d'un ensemble de disciplines, et à l'intérieur duquel des théories sont élaborées, testées, évaluées, et révisées (Audi, 1995)[18]. Ipso Facto, le paradigme sert de phare ou de guide qui délimitent un cadre normatif à partir duquel des groupes concernés formulent des questions légitimes, identifient et mettent au point des techniques et des stratégies appropriées, attribuent un sens aux résultats atteints et aux solutions émergentes et, enfin, déterminent les projets et les actions à poursuivre pour effectuer le travail au sein de la discipline (Levy, 1994)[22].

Le concept de paradigme se défini en fonction de trois champs, soit 1° **épistémologique**, 2° **ontologique** et 3° **méthodologique** (Guba & Lincoln, 1994)[19]. Cependant, Lincoln et Guba (2000)[20] croient qu'il serait pertinent d'ajouter une quatrième dimension à l'explicitation des fondements d'un paradigme, soit le champ **axiologique** — champs relatifs aux valeurs et à la science des valeurs (ou champ théologique).

[xxii] Représentation structurelle, organisationnelle, fonctionnelle et dynamique d'une réalité.
[xxiii] Conception théorique dominante qui a cours à une certaine époque dans une communauté scientifique.

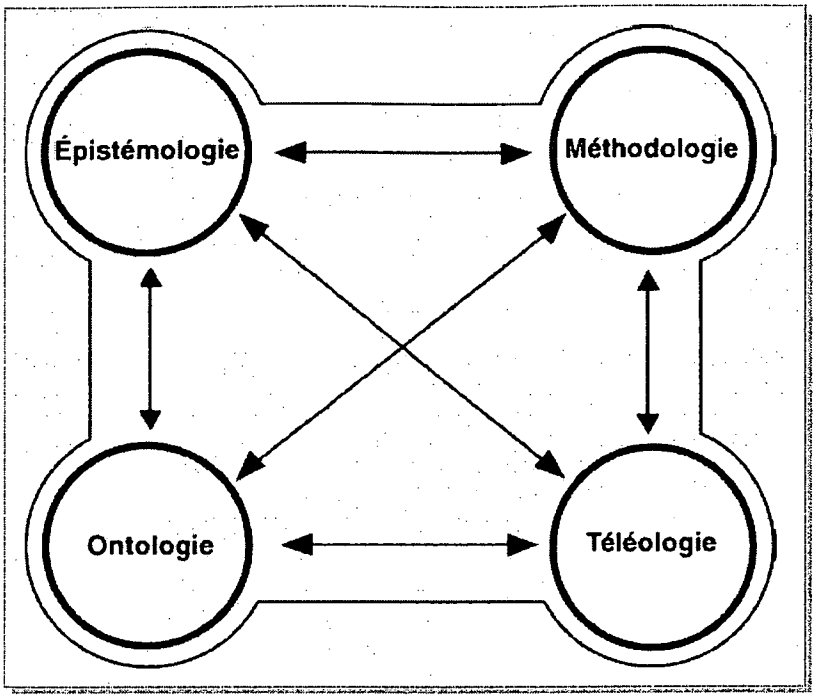


Figure 1 les quatre champs constitutifs d'un paradigme

Les quatre champs du paradigme renvoient au processus de développement des connaissances et à leurs applications concrètes dans la mise en œuvre d'actions sociales et communautaires :

9. le fondement **épistémologique** aide à circonscrire une vision du monde et à délimiter les frontières de l'approche de recherche (Levy, 1994)[22]. Elle permet de définir un vocabulaire. ;

10. le fondement **ontologique** décrit la nature, la constitution et la structure de la réalité, et ce qu'on peut savoir des entités qui existent (Audi, 1995)[21]. Elle utilise le vocabulaire pour décrire la réalité qu'elle observe;

11. le fondement **méthodologique** réfère aux méthodes, aux procédés et aux techniques avec lesquels on appréhende le monde vécu et qui permettent de formuler des constats. Il s'agit donc de la panoplie de moyens pouvant être mis en oeuvre dans le processus d'élaboration des connaissances;

12. le fondement **téléologique** réfère aux finalités et des projets poursuivis à travers l'activité de développement de connaissances, ce qui révèle, en l'occurrence, les intentions et les intérêts des chercheurs ainsi que les responsabilités dont ils s'investissent par rapport à leurs travaux (Levy, 1994)[22]. Il s'agit des valeurs, des croyances et des intérêts à l'origine des choix théoriques et méthodologiques;

L'élaboration d'éléments de théorie et de méthode que devrait comporter un cadre conceptuel pour une pratique favorise la construction de divers types de savoirs à travers l'(inter)action, et ce, autant au niveau individuel que collectif.

Il s'agit de créer **un espace démocratique** et **moteur d'innovation**, un lieu de **« théâtre[xxiv] »** dynamique et interactif d'interpénétration[xxv], d'imbrication[xxvi], d'interdépendance[xxvii] et de transaction[xxviii] entre de multiples acteurs et partenaires, afin de conjuguer une pluralité des savoirs disciplinaires et formels des professionnels (Macdonald et Bunton, 1992)[23] avec les savoirs populaires (Popay et Williams, 1996)[24] et les savoirs pratiques (Rootman et O'Neill, 1994)[25], expérientiels et informels (Levy, 1995)[26] de tous les acteurs et partenaires concernés. Cette conjugaison de savoirs est devenue essentielle afin de mieux comprendre et de traiter les multiples déterminants d'une réalité observable ainsi que leurs complexes interactions. C'est donc la possibilité d'aborder de manière interreliée et délibérée tant le développement de savoirs d'ordre conceptuel ou théorique que le développement de savoirs d'ordre méthodologique afin de mieux faire, être, savoir et devenir dans le monde.

La transmutation de paradigme est inspiratrice de changements sur **le plan des pratiques, des modalités[xxix] d'action et d'interventions, des savoirs, des « savoir-faire », des « savoir-être »**, et ce, dans un contexte d'imputabilité scientifique et administrative (Labonté, 1994a)[27] ainsi que sociale, est au cœur du changement paradigmatique. Elle réfère donc au concept de pluralité : une pluralité d'acteurs sont convié à observer une pluralité de réalités qu'il importe de saisir à l'aide d'une pluralité de savoirs à construire (ou déjà établit) et d'une pluralité de pratiques et de projets à considérer et à mettre en oeuvre. Devant ces pluralités, qui créent une situation complexe et dynamique, la quête de consensus absolus et de solutions uniques apparaît illusoire, voire contre-productive et contraignante. Ceci étant, la gestion de la pluralité constitue un défi central dans notre société (Bernstein, 1992; Habermas, 1984, 1987)[28, 29, 30].

Le concept de **« pluralisme discordant »** introduit par Gregory (1996)[31] et inspirée de Bernstein (1992)[28] propose **la métaphore de la constellation** pour concevoir **l'espace dynamique** où s'entrecroise et s'entrechoque **une pluralité** d'acteurs. Ce faisant, cette métaphore permet de concevoir l'effet de la juxtaposition **d'une pluralité** de points de vue, qui se manifeste, notamment, par des forces d'attraction entre points de vue convergents; et par des forces de répulsion entre points de vue radicalement discordants, au-delà de toute réconciliation. Bernstein argumente alors que les attractions entre points de vue convergents peuvent donner lieu à l'émergence de conceptions partagées et novatrices et, ainsi, favoriser le développement de certains consensus et liens d'interdépendance entre des acteurs différents. Les forces de répulsion, quant à elles, en exposant des divergences d'idées, peut aider à mieux comprendre les fondements et les implications de ses propres positions et de celles d'autrui, et donc appuyer le développement d'autonomies respectives.

S'inspirant à la fois de cette métaphore et de ce que Habermas qualifie de **« délibération démocratique »** (Chambers, 1995)[32], Gregory (1996)[31] propose que **la pluralité** soit non seulement agréable, mais porteuse de potentiels arborant une diversité de savoirs, de réalités, de pratiques et de projets, ou l'espace se transforme au rythme des interactions entre les acteurs dans la mesure où il y a possibilité de délibérations valorisant une communication pragmatique et éthique[xxx].

Gregory suggère, en particulier, qu'une pluralité de points de vue peut se suppléer l'une l'autre, tant à travers leurs concordances que leurs discordances, et ainsi donner lieu au développement de compréhensions nouvelles à travers **l'interaction, la dialectique**, et **la réflexivité**; à **la production**

[xxiv] Lieu où se déroule un événement.
[xxv] Pénétration mutuelle des champs de connaissances et de pratiques.
[xxvi] Lien étroit entre des champs de connaissances et de pratiques.
[xxvii] Dépendance mutuelle des champs de connaissances et de pratiques.
[xxviii] Opération d'échange de données, d'informations, de connaissances et de pratiques entre différents systèmes (prestataires de service, acteurs).
[xxix] Façon dont doit être effectué (méthode) ou appliqué (outils) quelque chose.
[xxx] Selon Chambers (1995), Habermas distingue la *communication pragmatique* axée sur la recherche de moyens pour arriver à des fins de la *communication éthique* axée sur la quête de compréhension de soi et d'autrui. Toutes deux font partie du processus de délibération démocratique qui inclut également une troisième dimension discursive, soit la communication morale axée sur l'établissement d'une entente partagée quant aux principes moraux fondamentaux devant régir la vie en société.

de solutions novatrices pour faire face à des problèmes communs; ainsi qu'à l'amorce de transformations qui tentent de tenir compte des réalités partagées avec autrui et des réalités propres à chacun. Lamoureux (1994)[33] parle ainsi d'une dynamique de la participation.

Dans la mesure où plusieurs paradigmes coexistent à un moment donné (Feyerabend, 1979)[34], il convient donc de définir un paradigme approprié par l'élaboration d'un cadre conceptuel, de normes de pratiques, de systèmes de référence, pour une pratique novatrice qui trouve sa justification dans un double impératif de développement de nouvelles connaissances et de transformation des **« pratiques »**. Ce contexte justifie la volonté d'élaboration d'un cadre conceptuel, de normes de pratiques, de systèmes de référence, tous comportant des éléments de théorie et de méthode, et la nécessité d'exposer par **« le point d'ancrage paradigmatique »** l'articulation des valeurs, des croyances et des intérêts à l'origine des choix théoriques et méthodologiques. La dimension **axiologique** (ou théologique) prend donc son sens dans **l'intentionnalité** et **la finalité** du processus d'acquisition et de développement de **la connaissance** ainsi que de **l'action** qui en découle.

La conception d'un paradigme est un appui pertinent pour composer avec certains défis majeurs, soit :

- *le défi de concevoir et de décrire la nature complexe du monde et du vécu*. Toutefois, étant donné la diversité et la multitude de sujets, il s'agira nécessairement d'une **« ontologie »** pluraliste qui reconnaît l'existence de nombreuses perceptions d'une pluralité de **« mondes vécus »** plutôt qu'une seule réalité indépendante, préexistante et ordonnée par des lois naturelles et immuable;
- le défi de la **construction de connaissances** valables et transférables;
- le défi du partage de la connaissance;
- le défi de la gestion de la pluralité;
- et le défi inhérent à la **poursuite de la mission régulatrice, réformatrice, transformatrice** et **« autonomiste »** dans l'action sociale et communautaire. Puisqu'on y reconnaît la nécessité d'identifier, d'interpréter et d'expliciter les multiples intentions, finalités et projets inhérents au processus de construction des connaissances entreprises par les sujets en (*inter*)action dans le monde, il est question d'une **« téléologie engagée »** puisque les sujets connaissants endossent les responsabilités inhérentes à la (*co*)création du sens attribué au monde et de l'usage qui est fait des nouvelles connaissances et des conséquences de cet usage sur les transformations engendrées dans le monde.

DES INTERVENANTS ET DE LEURS APPROCHES : VERS UN CHANGEMENT PARADIGMATIQUE

L'intervenant doit détenir un **« savoir-faire »** important lié à certaines habiletés techniques telles que l'analyse des situations problématiques complexe, la mobilisation des personnes et des groupes, l'animation de rencontres et d'assemblées, la mise en place de moyens originaux et efficaces, la gestion des ressources financières et humaines, etc. **L'intervenant communautaire** se doit donc composer avec un corpus de connaissance de divers horizons, et c'est là l'aspect professionnel et scientifique du métier.

« Tous les chemins mènent à Rome ». Ainsi, une technique d'intervention favorisera l'encadrement de la personne sans toutefois compromettre son **« empowerment »** tout en lui fournissant un cadre à l'aide

duquel la méthode d'intervention de l'aidant est **« spécifique »** et **« propre »** à chaque individu et, mais s'avère **globale** et **générique** dans son approche. **L'aidant est un guide et un conseiller, un partenaire** de la personne choisissant les chemins qu'il estime approprier afin de répondre a ses besoins et ses désirs.

Car **« devenir »** c'est également oser rêver. C'est élaborer de nouveaux projets, c'est également faire autrement dans un désir de changement et de dépassement intrapersonnel et interpersonnel. C'est se placer dans l'ordre de l'idéal et lui conférer une place dans nos représentations sociales. Cela implique nécessairement un voyage introspectif[xxxi] et réflexif[xxxii], ainsi qu'une exploration minutieuse de son environnement. En outre, la capacité de l'être humain à se représenter le futur par l'entremise d'un projet – lui serait même spécifique et la distinguerait, entre autres caractéristiques, de l'espèce animale selon L. Not (1987)[35]. Selon Courtois et Josso (1997), nous vivions dans une société à projets : projets communautaires, projets organisationnels, projets d'entreprise, projets de loisir, projets de développement, etc.

Il s'agit ici de favoriser l'évolution de la personne par l'élaboration de projets (apprentissage par projet[36]) à l'aide : de la prise de conscience, de la démarche introspective et réflexive, de l'acquisition de nouvelles connaissances et compétences, de l'autonomisation (*empowerment*), de l'amélioration des stratégies d'adaptations (*coping*), de l'élaboration de **« stratégies de résolution de problèmes »**, et ce, dans l'atteinte d'un meilleur savoir, **« savoir-faire »** et **« savoir être »**. Elle permet d'éviter de simplifier abusivement la complexité croissante des problématiques et de mutiler le dynamisme inhérent aux contributions essentielles d'une pluralité d'acteurs, comme c'est actuellement le cas pour le système de sécurité du revenu.

Elle privilégie plutôt une forme de participation à travers laquelle les apprenants peuvent prendre une part active, en fonction de leurs capacités et de leurs intérêts, au développement de savoirs et d'interventions ayant une incidence sur des problèmes qui les préoccupent. **La construction de connaissances** à travers l'(inter) action évoque, d'une part, la primauté de l'action dans la production de la connaissance et, d'autre part, le processus synchrone de développement de connaissances et de transformation du monde vécu et du vécu. Ainsi, l'importance accordée à l'action, la nécessaire réciprocité des processus de développement de connaissances et d'intervention, amène **« l'action intentionnelle »** servant à transformer le monde vécu en source d'apprentissage, favorisant d'autant l'organisation et la compréhension des expériences vécues et du monde qui entoure la personne, en plus de permettre la conception de stratégies d'adaptations novatrices et d'assurer une acquisition de l'information optimale. Puis, récursivement, ces savoirs renforcent la capacité d'agir et de savoir encore et davantage afin d'améliorer la qualité de vie de la personne ou de la collectivité concernée (Bernstein, 1971; Dewey, 1958)[37, 38]. C'est donc un processus de renforcement des connaissances à la base de la croissance de l'estime de soi dans l'action et l'apprentissage.

On distingue un double niveau développemental d'acquisition des connaissances : 1° celui de la personne aidé, qui lors de ses apprentissages acquiert une meilleure connaissance de soi, et de nouvelles habiletés et compétences, afin d'amélioré sa situation socioéconomique et dans une démarche de croissance personnelle par la participation a un projet de changement personnel. 2° celui du **« *l'Agence*»**, dans son souci d'observations et d'analyse des phénomènes individuels et collectifs dans une perspective psychologique et sociologique reliées aux domaines de la prévention, de la protection et de l'intervention ou encore de celles s'inscrivant dans l'axe de connaissance/surveillance.

[xxxi] Observation systématique de la conscience d'un sujet par lui-même. Connaissance de soi par soi. Mode d'appréhension directe de ses états de conscience par un sujet, rendu possible par la présence à soi de la conscience.

[xxxii] Se dit de l'acte de l'esprit portant son attention sur ses propres opérations et représentations, du regard que le moi dirige, faisant retour sur lui-même, sur les composantes de son propre vécu. *La méthode réflexive* est celle de l'analyse phénoménologique, ou élucidation de l'essence vécue « *intuitionné* ». La conscience réflexive, conscience positionnelle de soi, se différencie du rapport immédiat de soi a soi qui accompagne ordinairement notre visée des objets.

Le changement paradigmatique et **l'apprentissage par projet** relève de l'utilisation d'une **nouvelle approche globale** incorporant une pluralité d'approche d'intervention — qui rappelle **l'éclectisme** — permettant de répondre à un ensemble disparate de configurations de besoins et désirs spécifique à la personne — mais répondant a un besoin de la communauté et a des critères d'ordre systémique.

A titre d'exemple, deux actions sont possible : 1° au lieu de cuisiner la nourriture pour son adolescent, 2° il vaut mieux apprendre à son adolescent le savoir-faire afin qu'il puisse se nourrir. L'un engendre la dépendante, l'autre l'autonomie.

L'apprentissage par projet place l'apprenant dans l'action. Il fournit une occasion privilégiée de confirmer l'adage de Dewey selon lequel c'est en agissant que l'on apprend (*learning by doing*). **Le projet** incarne l'idée que tout savoir procède principalement d'une construction de la part de l'apprenant. **Le changement paradigmatique** reconnaît la centralité du sujet dans le processus de construction de connaissances et invoque la contribution et le respect des apports particuliers de tous les partis impliqués. Elle valorise **la production de connaissances** permettant aux acteurs et partenaires interpellés de transiger de manière plus intelligible et donc plus efficacement. Elle favorise la (co)création, voire la (co)construction, dans l'(inter)action de **la construction de connaissances** dans un monde complexe, à travers le dialogue et la réflexivité, au développement de compréhensions nouvelles et à la formulation de solutions novatrices pour faire face à des problèmes et des préoccupations communs.

« Une action en puissance[39] **»** procède de l'intention intimement lier à l'action, en comparaison du désir. Le projet est dont une intention de passé **du désir à l'intention.**

LES INTERVENANTS ET LEURS APPROCHES

	COMMUNAUTAIRE	INSTITUTIONNELLE
DÉSIGNATION DE LA PERSONNE SELON L'APPROCHE	Personne.	Malade, patient ou client.
LES INTERVENANTS	Une équipe d'intervenants oeuvrant sur une base égalitaire avec des expertises diverses.	Une équipe multidisciplinaire fonctionnant souvent de manière hiérarchique avec une expertise collégiale ou universitaire.
EXPERTISE	Pairs aidant, intervenants communautaires, conseillers en défense de droits, psychologues, travailleurs sociaux, ergothérapeutes, infirmières, éducateurs, etc.	Psychiatres, psychologues, travailleurs sociaux, ergothérapeutes, infirmières, éducateurs, etc.
LES BESOINS DE LA PERSONNE	Répond à la demande et permet de la formuler et de trouver le moyen d'y répondre.	Analyse objective des besoins à partir de critères prédéfinis et du diagnostic.
FONCTIONNEMENT DE LA DÉMARCHE SUR UNE BASE VOLONTAIRE	La personne elle-même se manifeste et la démarche se fait.	Clientèle regroupée, déjà ciblée.
SOLUTIONS AUX PROBLÈMES	Croyance dans les capacités de la personne, c'est-à-dire favoriser la démarche que la personne a choisie sans porter de jugement	Vise le meilleur intérêt du point de vue des intervenants, c'est-à-dire que l'on juge de ce qu'il y a de mieux pour la personne.
IMPLICATION DE LA PERSONNE	Solidarité et lieu d'appartenance.	La personne face à plusieurs services et intervenants dans un contexte d'isolement.
SERVICES	Véritable lieu démocratique où la personne est appelée à jouer un rôle significatif dans les services.	Déterminés par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

Tableau 1 Les approches classiques d'intervention.

FAVORISER LA PRISE EN CHARGE COLLECTIVE

Or, jusqu'à preuve du contraire, le gouvernement semble avoir choisi d'abandonner les victimes à elles-mêmes et aux organismes communautaires qui ne semblent pas disposer des moyens requis pour leur venir réellement en aide aux personnes vivant une problématique de précarité résidentielle.

Selon le rapport « **Bon Voisinage** », Bilan d'un projet pilote d'intervention communautaire, réalisé par l'OMH de Montréal-Nord à l'intention de la SHQ, expose l'organisation et le développement du projet, ainsi que ses effets dans la vie des locataires de *la Place Normandie*. Ainsi, le cas de *la place Normandie* fait école en cette matière. En effet, avant 1998, *la Place Normandie* était un complexe d'habitations à loyer modique (168 logements) de mauvaise réputation, aux prises avec une rotation élevée de locataires, des difficultés de recrutement, des problèmes de négligence et d'abus reliés à l'isolement des familles, des incivilités et de la petite délinquance (vols, vandalisme, drogues).

Deux ans plus tard, un partenariat solide a été établi entre l'OHQ et des acteurs de premier plan de la communauté locale. Un projet pilote d'intervention autorisé par la SHQ, et baptisé « *Bon voisinage* », a permis aux résidants de la Place Normandie de prendre en charge collectivement les problèmes de leur milieu et de se mobiliser pour leur trouver des solutions, améliorant ainsi leur qualité de vie. Il semble qu'un changement radical s'est produit sur les plans financiers (baisse du taux de rotation de 20 % à 7 % — élimination des menus larcins, des méfaits et de la criminalité), social (diminution de 70 % des plaintes motivées par le bruit ou les disputes entre voisins) et physique.

Toujours selon l'OHQ, en 2001, la Place Normandie jouissant d'une meilleure réputation au sein de la communauté nord-montréalaise. Ainsi, les partenaires poursuivaient les objectifs suivants :

13. Amélioration de la qualité de vie des familles (dont plus des trois quarts sont des familles monoparentales);
14. amélioration de la communication et des relations entre les voisins;
15. À briser l'isolement social des femmes et des familles;
16. améliorer la sécurité;
17. obtenir le respect des réglementations;
18. favoriser l'éducation populaire;
19. améliorer l'environnement physique;
20. susciter un sentiment d'appartenance;

L'action sociale et communautaire ainsi entreprise s'est produite d'abord par l'identification des problèmes auxquels le résidant devait faire face, de leurs besoins, de leurs attentes et de leurs rêves. On a présenté aux résidents les problèmes et les besoins collectifs comme des défis à relever collectivement. Il semble qu'un aspect important de l'action communautaire a consisté à soutenir le début de vie associative qui se manifestait dans la mise en place d'une association des locataires. La concertation et la mobilisation des ressources du milieu constituent un aspect important de cette action de prise en charge collective ou parents, jeunes, citoyens, institutions et organismes communautaires ont été interpellés.

Enfin, il semble qu'en plus des bienfaits apportés par la prise en charge collective, le projet pilote a produit des effets inattendus.

« L'Agence » : un quasi-appareil parapublic

« L'Agence » vise donc à mettre en œuvre un service, à l'aide d'un rassemblement d'acteurs sociaux et d'institutions public lié par des protocoles d'ententes et de coopération afin de faciliter l'échange d'information et l'utilisation d'expertise. **« L'Agence »** aura ses politiques, ses programmes d'actions, ses buts, etc., et plus généralement, des performances désirées. Elle vise donc à faire un pont entre diverses entités afin de fournir un guichet unique, un point d'entrée unique permettant de faire valoir ses droits de locataires pour les personnes vivant sous le seuil de la pauvreté.

La reconnaissance de l'état du **« L'Agence»** vise à permettre de porter une action sociale et communautaire comme acteur crédible, source d'expertise et d'analyse critique, garante de principes éthiques et philosophiques de haut niveau, soucient de fournir un service quasi professionnel et quasi juridique, et de faciliter l'accès et l'utilisation des différentes institutions publiques et acteurs sociaux, dans l'objectif de l'application des lois d'ordre public de protection, et en misant sur des types d'intervention alternative et novatrice. Cette capacité de faire **« autrement »** est directement liée à la souplesse des pratiques en milieu communautaire, en adoptant des méthodes optimales, la moins coûteuse possible, mais qui se distingue de celle de l'État.

« L'Agence » envisage son action :

1.

2.

« L'Agence » vise aussi à réduire la charge de travail, par exemple, des avocats de l'aide juridique, en référant les clients avec des dossiers quasi juridiques. Ainsi, l'avocat pourra rapidement et facilement se faire une idée de la cause et assister son client de manière optimale. À titre d'exemple supplémentaire, **« l'Agence »** pourra assister un client dans un recours simultané ou concourant à la CDPDJ et à la RDL, tout en coordonnant une inspection du logement, et en dénonçant le propriétaire aux ministères du Revenu s'il y a enrichissement injustifié (location illicite de logement à l'insu des ministères du revenu et des arrondissements).

Elle vise donc à rendre plus accessible l'accès aux institutions publiques et acteurs sociaux dans l'optique d'une action cohérente de la part du citoyen et de diminuer la charge de travail en évacuant les erreurs et plaintes non fondées, a libéré les institutions publiques et acteurs sociaux d'un travail de filtrage, d'analyse, etc.

Elle vise donc à **corriger** et **réguler** le domaine sociale qui affecte spécifiquement les personnes à faible revenu. Elle vise à diminuer **la précarité résidentielle** et à **pacifier les relations locataire/locateur**, à briser le cycle de dégradation du tissu social.

De la forme organisationnelle du « L'Agence»

« L'institutionnalisation », **« la professionnalisation »** et le financement du mouvement communautaire est étroitement liée à la position des organismes communautaires à l'égard de l'État. Par ailleurs, dans une stratégie déjà définit par Poulantzas (1978)[40], le gouvernement utilise le secteur communautaire comme moyen de redéploiement de se gestion : « [...] l'omniprésence du "communautaire" dans les différents lieux partenariaux sert à légitimer les initiatives gouvernementales en regard de la fragmentation de sa gestion sur les plans régional et local » (Greason, 1999, p. B3)[41].

Puisque **« L'Agence »** se veut être un organe régulateur du marché du louage résidentiel, le signataire estime que le processus d'institutionnalisation et de professionnalisation de certains organismes communautaires apparaît comme un processus fondamental de transformation social (Akoun et Ansart, 2000, p. 400). C'est un processus par lequel des pratiques sociales prennent corps dans des organisations, des règles et des normes, légitimement acceptées par un nombre suffisant d'acteurs pour en assurer la reproduction (Guay, 1999, p. 19). Dans ce processus, la transformation sociale s'incarne par **« L'Agence »**, et des façons de faire qui s'imposent. **« L'Agence »** en tant qu'institution préconise une **coopération conflictuelle** qui s'avère être une stratégie de **collaboration critique** avec l'État québécois.

Ainsi, **« l'Agence »** ne fait pas partie intégrante du système public, donc du secteur public, mais agit de manière alternative dans une action sociale et communautaire répondant aux besoins de la communauté afin de se prémunir de la bureaucratisation (déshumanisation systémique), et de l'imposition de structure organisationnelle de type bureaucratique. De ce point de vue, l'autonomie réelle de **« l'Agence »** ne s'en trouve pas dénaturée, sa mission s'en trouve préservée et **« l'Agence »** évite l'adoption d'une régie interne prédéterminée par des exigences de l'État.

Le processus d'institutionnalisation proposé procède par la reconnaissance par l'État de **« l'Agence »**, en tant qu'acteur social, dans un processus constructif qui permet la diffusion et l'extension, dans plusieurs lieux d'un même territoire, d'une pratique innovante, qui sans une **« quasi-institutionnalisation »**, serait confinée au domaine communautaire.

L'appariement de **« l'Agence »** par un processus d'institutionnalisation proposé procède d'une définition et d'une codification de règles normatives, produit de compromis entre les acteurs, et qui inclue un financement, les conditions de développement, les principes de démocratisation, les formes d'ententes partenariales, les politiques sociales, etc., de **« l'Agence »**. (D'amours, 2000, p. 3).

Nous désirons donc passé d'une pratique informelle et expérimentale à une pratique organisée, quasi professionnelle, quasi juridique, plus formelle et, de plus, reconnue socialement par la communauté (Beaudoin et Favreau, 2000, p. 15) et générateur d'expertise et de connaissances.

Ce processus d'institutionnalisation se traduit par la reconnaissance sociale, la reconnaissance par l'État et du financement correspondant, la reconnaissance d'indépendance afin de préserver les qualités intrinsèques de l'action sociale et communautaire.

Proscrire l'immixtion de l'état dans la régie interne du **« L'Agence»** est primordial. Nous ne souscrivons pas, que la pauvreté du **« L'Agence»** communautaire est la condition même pour conserver un minimum, d'indépendance et d'esprit communautaire. Selon nous, la précarité financière et organisationnelle du **« L'Agence»** communautaire doit être proscrite. Ainsi donc, puisque **« l'Agence »** propose la définition d'un organisme aux méthodes alternatives, cette dernière est dépositaire de son autonomie d'action, de consultation, de concertation, de gestion interne et externe, du développement de l'expertise relié à sa mission, de son esprit critique, etc. Elle vise à mettre en œuvre des méthodes novatrices appuyées sur une démarche philosophique, des normes, procédures et de protocoles reconnus et probante.

Ainsi donc, **« l'Agence »** est d'une part, de nature communautaire de par sa mission, et d'autre part, de nature publique puisqu'elle vise à assurer l'application des lois d'ordre public de protection, entre autres. Il faut donc voir **« L'Agence »** comme un service externaliser de l'état, ayant sa propre identité, sa propre mission et des moyens d'actions en partenariat les diverses entités de l'administration publique. C'est une boîte noire et opaque, tenue de garantir un résultat de qualité quasi professionnel et quasi juridique, lié à des organes de l'État par le biais de protocoles d'ententes et de coopérations. **« L'Agence »** sera donc un acteur crédible, reconnu par l'état, ayant des règles de financements appropriés, et coopérant avez les diverses institutions publiques et administratives.

Le(s) partenaire(s) public externalise des activités qu'il juge non essentielles et non productrices de revenus.

Des formes de relations extérieures

Une relation touchant une large panoplie d'acteurs, institutionnels et communautaires (intervenants clefs), qui constitue différentes manières d'être partenaire dans un milieu donné : collaboration, concertation, action intersectorielle, etc. Toutefois, des divergences aux points de vue idéologiques et opérationnels marquent souvent les rapports entre le gouvernement et les organismes communautaires. **« L'Agence »** désire d'établir une position claire et forte en fonction de la mission qu'il défend. À cet effet, **« L'Agence »** peut s'impliquer à deux niveaux : macro et micro. Au niveau macro, les organismes jouent un rôle structurel; leur capacité d'influencer les politiques sociales et les orientations gouvernementales dépendra notamment d'une stratégie de mobilisation. Au niveau micro, l'exercice équitable des droits que les organismes assurent à leurs clients met à l'épreuve la légitimité des politiques sociales. Dans leurs efforts de défense des droits et de développement des politiques sociales, les organismes peuvent adopter trois approches principales : consensuelle, coopération conflictuelle, et conflictuelle.

L'approche consensuelle consiste à participer aux travaux en adhérant à leurs fondements idéologiques. **L'approche coopération conflictuelle»** (dite de la dissidence) verra **« L'Agence »** collaborer aux travaux sans nécessairement adhérer aux fondements idéologiques, mais en s'efforçant de réduire les écarts entre les visions communautaire et gouvernementale. **La coopération conflictuelle** qui s'avère être **une stratégie de collaboration critique** avec l'État québécois et de ses diverses constituantes. Elle évoque donc la possibilité de faire des alliances avec des partenaires institutionnels tout en conservant et en améliorant la capacité de revendiquer et de se mobiliser *en dehors des cadres formels*.

Un désaccord majeur sur les fondements idéologiques et la légitimité des travaux conduisent à l'approche conflictuelle (dite de dissidence), caractérisée par une opposition formelle aux orientations gouvernementales et une remise en question de certains travaux en cours.

« L'Agence » est donc un **organisme communautaire** hybride en **« dissidence »** avec l'état québécois et certaines mouvances communautaires de par sa position **antagoniste** et **revendicatrice**, mais dans une perspective de **coopération conflictuelle**. En effet, **la dissidence** du « L'Agence» s'affirme par **le biais de critiques et observations, de revendications politiques, de propositions de réforme, de propositions de projet pilote** ou **de propositions table de concertation**, etc.

Il s'agit, premièrement, de relations nouées entre pairs au sein des regroupements sectoriels et intersectoriels; deuxièmement, de relations touchant une large panoplie d'acteurs, institutionnels et communautaires, qui constituent différente manières d'être partenaire dans un milieu donné : collaboration, coopération, concertations, action intersectorielle.

De la synergie

« L'Agence » préconise une approche **« multipartenariale »** mettant à contribution les secteurs publics, associatifs et privés ou les principaux acteurs sont lié organiquement par des ententes et ou tous les acteurs sont lié virtuellement par des ententes de projets, de coopération et de collaboration. Elle envisage le principe de **« multi-activité »** (formation des populations résidentes, renforcement du tissu social, ...).

« L'Agence » propose donc une stratégie de redéfinition des rapports sociaux par laquelle différents acteurs aux visées différentes participent ensemble par une mise en réseau à l'élaboration d'un nouveau contrat social. Il s'agirait d'un partenariat avec l'État (et ses institutions) et les acteurs sociaux participant à l'élaboration d'un nouveau modèle de gestion de problèmes lié à l'application des lois d'ordre public de protection en matière de louage résidentielle.

Les enjeux entourant la dynamique partenariale nécessitent l'élaboration d'une nouvelle stratégie concernant les rapports avec l'État, les organismes public et communautaire. Fondé sur une **collaboration critique** avec l'État, ses institutions et organismes, cette stratégie de **« coopération conflictuelle »** encourage à la fois les conflits et les compromis en vue de créer de nouveaux espaces de médiation entre l'État et la société civile (Dommergues, 1988; Doré, 1991; Lamoureux, 1994 ; Lévesque et Mager, 1993).

DU PROFILAGE SOCIOÉCONOMIQUE

Il semble qu'un « état de conflit » *a cours en ce moment même dans différents arrondissement de la ville de Montréal*. Les antagonistes de ce conflit semblent être les policiers, les commerçants (dans cet article : principalement les marchés d'alimentations) et « *les indésirables* ». Les critères « *d'indésirabilité* » semblent relever de « *jugements péremptoires* » et de la « catégorisation » du service de police de Montréal, des services de sécurité, et des commerçants. En outre, pour certains commerces, l'agent de sécurité semble tenir lieu de « *moyen de dissuasion et de coercition* » et agis pour le compte et selon les instructions du commerçant.

L'objectif principal des moyens et des stratégies coercitives et de dissuasions vise essentiellement à contraindre une personne « *indésirable* » à cesser de fréquenter l'établissement. Or, dans ce contexte, ces moyens et stratégies peuvent déraper vers une sorte de *paranoïa organisationnelle* et peuvent mener à des dérives ségrégationnistes arbitraires (ségrégation des personnes qui présente les caractéristiques subjectives *d'indésirabilité*). Ce genre de pratique semble mener vers des « Power trips », vers des erreurs de jugement.

DES RECOMMANDATIONS

Les recommandations de cette présente vise donc à amélioré le jugement des policiers dans le cadre de leurs missions lorsqu'ils doivent intervenir dans l'événement de nature civile. Elle vise aussi à diminuer la récurrence de ces interventions. Également, elle mise sur la responsabilisation et l'autonomie du citoyen. Finalement, elle met en place une manière de partager la connaissance entre les différents acteurs et de permettre au SPVM de participer activement aux affaires sociales de la cité. Corollairement, elle vise à modifier la perception coercitive de la Police auprès de la population. Ainsi donc, la relation d'aide prend une dimension essentielle dans l'établissement d'une police communautaire qui opposera l'image du policier coercitif et du policier communautaire. Il est clair que ces deux types de policiers doivent être instruit de méthode d'intervention spécifiques aux finalités de leur actions. Le Policier communautaire se place dans une perspective de relation d'aide envers le citoyen.

Table des matières

Sources

- Eiguer, A. (1989). Le pervers narcissique et son complice, Dunod, 2003.
- Hirigoyen, M.-F. (1998). Le harcèlement moral - La violence perverse au quotidien, Pocket, 1999.
- Hirigoyen, M.-F. (2001). Le harcèlement moral dans la vie professionnelle, Pocket, 2002.
- Jeammet, N., Neau, F. et Roussillon, R. (2003). Narcissisme et perversion, Dunod, 2003.
- Joule, R.-V. et Beauvois, J.-L., (1987). Petit traité de manipulation à l'usage des honnêtes gens, PUG, 2002.
- Nazare-Aqa, I. (1999). Les manipulateurs sont parmi nous, Editions de l'Homme.

[1] C. CASTORIADIS, « La Montée de l'insignifiance », Paris, Seuil, 1996.
[2] Schaerbeek., « Axe 5: prévention situationnelle et technique ». , site web : http://www.schaerbeek.irisnet.be/site/fr/vivre_schaerbeek/02viv_schaer/1sec_prev/axe_5 .
[3] Service de police de la Communauté Urbaine de Montréal (1996). « *La police de quartier. Ensemble pour mieux servir*», document public d'information, 108 pages.
[4] Gouvernement du Québec (2001). Politique ministérielle en prévention de la criminalité « Pour des milieux de vie plus sécuritaires », Québec, novembre 2001, p. 8. (http://www.msp.gouv.qc.ca)
[5] *Idem*, p. 9.
[6] Cusson, M. et Biron, L. L. (1995). « *L'état des connaissances sur l'efficacité des mesures de prévention sociale et situationnelles*», p. 5.
[7] Hamel, Sylvie., Cousineau, Marie-Marthe et Vézina martine (2006) « Outils ayant servi à la formation, à l'organisation et à l'orientation des milieux : jeunesse et gangs de rue : Évaluation d'un projet d'action intersectorielle pour la prévention du phénomène des gangs », Institut de recherche pour le développement social des jeunes, Document déposé au Centre national de prévention du crime, site web : http://www.irds.ca/PDF/Publications/Cahier_1_annexes.pdf (15 septembre 2005).
[8] *Idem*.
[9] Fourcaudot, Martine, « *Étude descriptive des agences de sécurité privée au Québec - rapport synthèse* », Sainte-Foy: Direction générale de la sécurité et de la prévention, ministère de la Sécurité publique, 1988, p.16.
[10] Conseil supérieur de l'éducation. (1981). « *L'éducation sexuelle* ». Recommandations au ministère de l'éducation.
[11] Kramer, R et Specht, H. (1983). « *Readings in Communitity Practice Organization*», New York, Prentice Hall, p.2-23.
[12] RRASMQ. (2006). « *Balises : pour une approche alternative des pratiques de soutien communautaire en santé mental* », Novembre, p. 3.
[13] Malherbe. (1990). « *Les fondements de l'éthique* », *Ethica*, vol. 2, no 2, p. 9-34.
[14] Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MESS). « *Plan d'action en matière de santé mentale* ».
[15] Besson, C. Guay. (2000). « *Profession travailleur socicollab. Savoir évaluer, oser s'impliquer », Europe: Gaëtan Morin Éditeur, p. 226.*
[16] Platon, *Le sophiste*, in PL Gal, tome II, 218d, p. 261.
[17] Platon, *La politique*, idib, 227d, 278c, p. 372,374.
[18] Audi, R. (Ed.). (1995). « *The Cambridge dictionary of philosophy* », Cambridge:Cambridge University Press.
[19] Guba, E. G., et Lincoln, Y. S. (1994). « *Competing paradigms in qualitative research* », In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), « *Handbook of qualitative research* », pp. 105-117, Thousand Oaks:Sage.
[20] Lincoln, Y.S., et Guba, E.G. (2000). « *Paradigmatic controversies, contradictions, and emerging confluences* », In N.K. Denzin & Y.S. Lincoln (Eds.), « *Handbook of qualitative research* », 2nd ed., pp. 163-188, Thousand Oaks:Sage.

[21] Audi, R. (Ed.). (1995). « *The Cambridge dictionary of philosophy.* », Cambridge:Cambridge University Press.
[22] Levy, R. (1994). « *Croyance et doute : une vision paradigmatique des méthodes qualitatives.* », Ruptures, revue transdisciplinaire en santé, 1, 92-100.
[23] Macdonald, G., et Bunton, R. (1992). « *Health promotion: Discipline or disciplines?* », In R. Bunton, et G. Macdonald (Eds.), « *Health promotion : Disciplines and diversity* », pp. 6-19, London:Routledge.
[24] Popay, J., et Williams, G. (1996). « *Public health research and lay knowledge* », Social Science & Medicine, 42, 759-768.
[25] Rootman, I., & O'Neill, M. (1994). « *Developing knowledge for health promotion.* », In A. Pederson, M. O'Neill, & I. Rootman (Eds.), « *Health promotion in Canada : Provincial, national & international perspectives* », pp. 139-151, Toronto:W.B. Saunders Canada.
[26] Levy, R. (1995). « *La santé publique : une transprofession ?* », Ruptures, revue transdisciplinaire en santé, 2, 131-135.
[27] Labonté, R. (1994a). « *Death of a program, birth of a metaphor : The development of health promotion in Canada* », In A. Pederson, M. O'Neill, & I. Rootman (Eds.), « *Health promotion in Canada : Provincial, national & international perspectives* », pp. 72-90, Toronto:W.B. Saunders, Canada.
[28] Bernstein, R. J. (1992). « *The new constellation: The ethical-political horizons of modernity/postmodernity* », Cambridge, MA:The MIT Press.
[29] Habermas, J. (1984). « *The theory of communicative action. Reason and the rationalization of society* », Boston:Beacon Press.
[30] Habermas, J. (1987). « *The theory of communicative action. Lifeworld and system : A critique of functionalist reason* », Boston : Beacon Press.
[31] Gregory, W.J. (1996). « *Discordant pluralism : A new strategy for critical systems thinking* », Systems Practice, 9, 605-625.
[32] Chambers, S. (1995). « *Discourse and democratic practices* », In S.K. White (Ed.), The Cambridge companion to Habermas, pp. 233-259, Cambridge:Cambridge University Press.
[33] Lamoureux, J. (1994). « *Le partenariat à l'épreuve* », Montréal : Les Éditions Saint-Martin.
[34] Feyerabend, P. K. (1979). « *Contre la méthode : esquisse d'une théorie anarchiste de la connaissance.* », Paris : Seuil.
[35] Not, L. (1987). « *La notion de projet en pédagogie entre 1875 et 1975* », dans M. Bru et L. Not, « *Ou va la pédagogie du projet ?* », Toulouse:EUS, p. 7-41.
[36] Goodrich, H. T., Hatch, T. et collab. (1995). « *Teaching through projects* », New York:Addison-Wesley, 124 p.
[37] Bernstein, R. J. (1971). « *Praxis and action* », Philadelphia:University of Pennsylvania Press.
[38] Dewey, J. (1958). « *Experience and nature* », New York:Dover Publications.
[39] Joannert, P. et Vander Borght, C. (1999). « *Créer des conditions d'apprentissage, un cadre de référence socioconstructiviste pour une formation didactique des enseignants* », Bruxelles:De Boeck.
[40] Poulantzas, N (1978). « *L'État, le pouvoir, le socialisme* ». Paris, Presses universitaires de France.
[41] Grason, V. (1999). « *Le communautaire est-il à vendre ?* », La Presse, 6 octobre, p. B3

LE HANDICAP PSYCHIQUE, MENTALE, PHYSIQUE, ET EMOTIONNEL : DETERMINANT DE LA SANTE A LONG TERME ET REPERCUSSIONS

« Les handicapés à long terme ne sont ni malades, ni en bonne santé, ni vivants ni morts, ni en dehors de la société, ni pleinement à l'intérieur. », Robert Murphy, ("The body silent", 1987).

La notion de **handicap** est aujourd'hui incontournable pour aborder la question de la **santé** du fait de l'augmentation considérable du nombre de personnes concernées et de leur poids sur l'**économie de la santé**.

Pour cela, il est nécessaire d' « a*bandonner l'idée préconçue de la déficience comme seule caractéristique de la personne ... pour en venir à la nécessité d'éliminer les barrières, de réviser les normes sociales, politiques et culturelles, ainsi qu'à la promotion d'un environnement accessible et accueillant.* » (Déclaration de Madrid "Non-discrimination plus action positive font l'inclusion sociale", avril 2002).

Déficience serais, en effet, une formulation nouvelle et trompeuse de l'infirmité ou de l'invalidité qui est dangereuse car elle entretien la **stigmatisation**.

La maladie appelle un diagnostic précis et dans la mesure du possible, un traitement approprié. Le **handicap** appelle la réadaptation c'est-à-dire : « *l'ensemble des moyens médicaux, psychologiques et sociaux qui permettent à une personne en situation de handicap, ou menacée de l'être, du fait d'une ou plusieurs limitations fonctionnelles de mener une existence aussi autonome que possible* ». Ceci introduit le **concept d'autonomie** ou d' « **empowerment** » c'est-à-dire la possibilité de se gouverner soi-même au besoin avec l'aide d'une dépendance médicamenteuse, technique, animale ou humaine.

La notion de **dépendance** ne doit pas être utilisée dans un sens négatif, donc péjoratif et stigmatisant tel que « personne âgée dépendante ». Au contraire **l'autonomie** accroît l'autonomie donc la liberté. ("*Il n'y a pas d'autonomie sans dépendance*", Edgar Morin). On discerne bien ainsi la spécificité de la démarche vis-à-vis de la maladie et vis-à-vis du handicap, elles ne se s'opposent pas mais se complètent.

- Approche de la maladie : signes --->diagnostic -->traitement -->guérison avec ou sans séquelle.
- Approche du handicap : handicap ---> réadaptation --->autonomie avec ou sans dépendance.

En réaction contre la **ségrégation** et la **discrimination** les associations européennes de **personnes en situation de handicap** proclament dans la *Déclaration de Madrid* leur volonté de voir une autre société humaine s'instaurer en Europe.

- "Abandonner l'idée préconçue des personnes handicapées comme objets de charité ... pour en venir aux personnes handicapées détentrices de droits" ;
- "Abandonner l'idée préconçue des personnes handicapées vues comme de simples patients ... pour en venir aux personnes handicapées comme citoyens et consommateurs autonomes" ;
- "Abandonner l'idée préconçue de professionnels prenant les décisions au nom des personnes handicapées... pour en venir à impliquer et responsabiliser les personnes handicapées et leurs organisations représentatives sur les questions qui les concernent" ;
- "Abandonner l'idée préconçue des personnes handicapées sous l'étiquette de leur dépendance et de leur inaptitude au travail ... pour en venir à mettre l'accent sur leurs aptitudes et sur des politiques actives d'accompagnement" ;

- "Abandonner l'idée préconçue d'actions économiques et sociales pour le petit nombre ... pour en venir à la conception d'un monde pour tous".

Ceci a une conséquence sur l'attitude de la société et souligne le danger des lois spécifiques qui accentuent la différence et aggravent la **marginalisation**. Ce sont des lois pour tous sur le **handicap** qu'il convient de mettre en place.

« Abandonner l'idée préconçue d'une ségrégation inutile dans les domaines de l'éducation et de l'emploi, de même que dans tous les autres domaines de la vie ... pour en venir à l'intégration des personnes handicapées dans la vie commune à tous. »

OMS

L'organisation mondiale de la Santé (OMS) est une institution spécialisée des nations Unies pour la santé, qui a été fondée le 7 avril 1948. Pour l'OMS, « *la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* ».

L'OMS base sa mission sur **l'équité, l'inclusion** et l'accès à un niveau de vie ou chacun peut exploiter ses chances au mieux de ses possibilités.



L'OMS est l'autorité directrice et coordonatrice, dans le domaine de la santé, des travaux ayant un caractère international au sein du système des Nations Unies. Elle est chargée de diriger l'action sanitaire mondiale, de définir les programmes de recherche en santé, de fixer des normes et des critères, de présenter des options politiques fondées sur des données probantes, de fournir un soutien technique aux pays et de suivre et d'apprécier les tendances en matière de santé publique.

L'Organisation mondiale de la Santé (**OMS**) est l'institution internationale du système des Nations Unies spécialisée dans la santé. Les experts de **l'OMS** donnent des éléments d'orientation, établissent des normes sanitaires et aident les pays à faire face aux problèmes de santé publique. De plus, **l'OMS** soutient et encourage la recherche en santé. Par son intermédiaire, les gouvernements peuvent s'attaquer ensemble aux problèmes de santé de portée mondiale et contribuer au bien-être des populations. **L'OMS** compte 192 Etats Membres et deux membres associés.

Ils se réunissent chaque année à *l'Assemblée mondiale de la Santé* à Genève pour décider de la politique de l'Organisation, approuver son budget et, à intervalles de cinq ans, nommer le Directeur général. Ils sont assistés dans leur tâche par les 34 membres du Conseil exécutif, élus par l'Assemblée de la Santé.

L'OMS compte 192 Etats Membres et deux membres associés. Ils se réunissent chaque année à l'Assemblée mondiale de la Santé à Genève pour décider de la politique de l'Organisation, approuver son budget et, à intervalles de cinq ans, nommer le Directeur général. Ils sont assistés dans leur tâche par les 34 membres du Conseil exécutif, élus par l'Assemblée de la Santé.

Notions et concepts théoriques sur le handicap



Historiquement, donner une définition du **handicap** sur laquelle tout le monde s'accorde semble impossible.

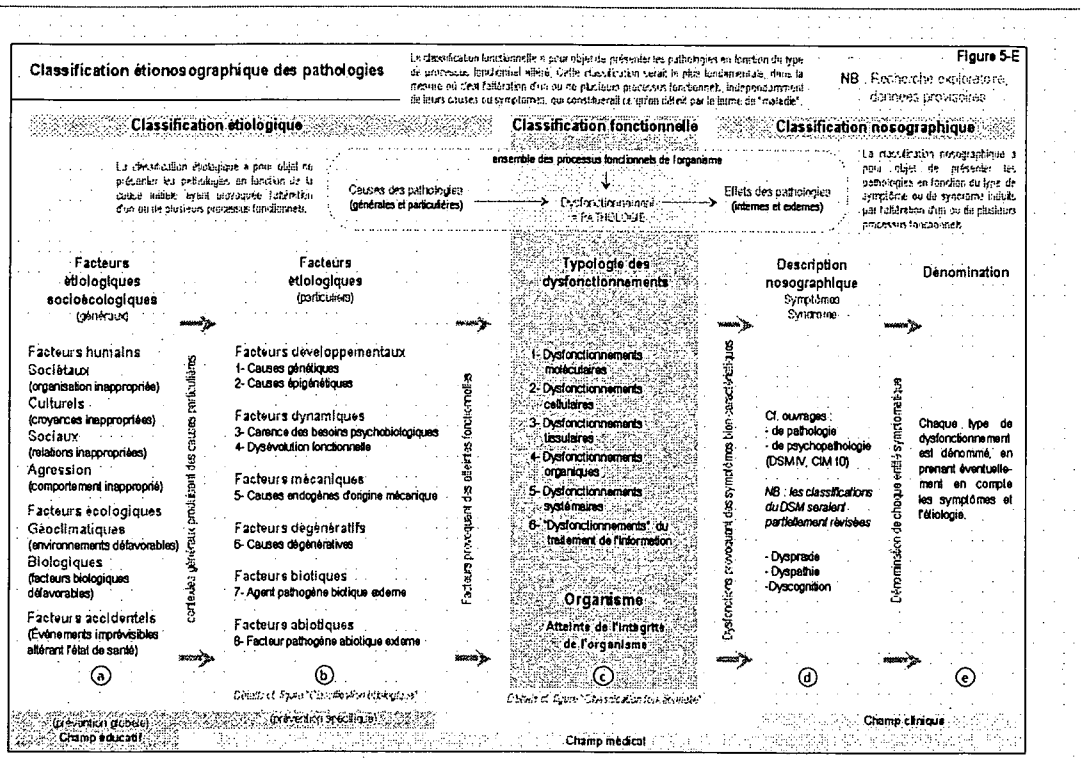
Le **handicap** : un enjeu social considérable, faiblement investi par la recherche et source d'exclusion sociale. Il est également opportun d'organiser la prévention, le dépistage, la prise en charge afin d'agir en amont sur une problématique risquant de se dégrader en rapport à l'évolution développementale de la progéniture. Le **handicap** est la **limitation** des possibilités d'interaction d'un individu en termes d'accessibilité, d'expression, de compréhension ou d'appréhension

de l'environnement. Les **affections neurologiques et psychiatriques** contribuent massivement à la **limitation** des possibilités d'intégration sociale des malades à leur environnement et à la détérioration de leur qualité de vie.

Le **handicap neurologique** peut donc concerner des sujets jeunes qui souffrent leur vie durant des **conséquences fonctionnelles** de leur maladie.

Ces deux affections débutent tôt dans la vie et sont responsables d'un **handicap** dont les patients souffriront pendant des décennies.

Le **modèle conceptuel** est un outil pratique qui nous aide à comprendre l'ensemble du processus de développement humain et les variables influençant le processus de production du handicap. C'est un outil que l'on peut transposer selon le champ d'application de l'utilisateur.



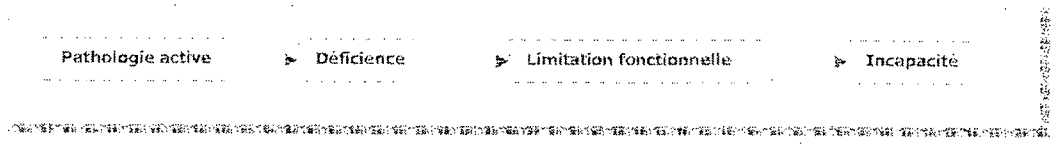
LE MODÈLE DE NAGI : DE LA LIMITATION FONCTIONNELLE

La perspective des « **limitations fonctionnelles** » découle essentiellement des tentatives d'élargir **le modèle médical** afin d'y inclure des critères d'incapacité non médicaux, particulièrement **l'environnement social et physique**. Néanmoins, la notion selon laquelle les déficiences sont la cause directe de l'incapacité demeure au centre de cette perspective. En outre, selon la perspective des limitations fonctionnelles, on considère, comme dans le cas de la perspective de la déficience, l'incapacité sur le plan quantitatif, en mesurant les restrictions fonctionnelles en regard d'une norme.

Selon **le modèle de Nagi**, les « **limitations fonctionnelles** » constituent un concept distinct. Elles seraient davantage liées aux activités associées aux **rôles sociaux** (soins d'un enfant, marché sur une certaine distance) qu'aux **limitations** établies par un examen médical (la capacité de transporter un poids ou de plier un genou

blessé, par exemple). Le modèle considère en outre que **l'incapacité** est établie non seulement par les caractéristiques des **déficiences** comme leur type et leur gravité, mais aussi par la façon dont la personne définit une situation donnée et y réagit et la façon dont les autres définissent cette situation, comme en font foi leurs réactions et leurs attentes.

Ce modèle s'appuie sur quatre concepts interreliés : la pathologie active, la déficience, la limitation fonctionnelle et l'incapacité (Nagi, 1991; figure 1)[1].



1 Le modèle de Nagi, de l'Institute of Medicine (IOM; Pope et Tarlov, 1991).

« La pathologie active implique l'interruption ou l'interférence de processus normaux ainsi que l'effort de l'organisme à retrouver un état normal. On cherche donc ici à identifier les causes et les symptômes de l'état d'un ou de plusieurs organes. La **déficience** fait référence à une perte ou à une anomalie de nature anatomique, physiologique, mentale ou émotive. Le **concept de limitation fonctionnelle** est similaire à celui de la déficience en ce qu'il s'attarde aussi à la fonction mais diffère en la situant à l'échelle de l'individu (organisme) dans son ensemble et non pas à celle d'un seul organe. **L'incapacité** fait davantage référence au fonctionnement social qu'organismique, c'est-à-dire à la participation de la personne au système social : « *c'est une inaptitude ou une limitation dans l'accomplissement de rôles et de tâches définis socialement et attendus d'un individu dans un environnement socioculturel et physique* » (Nagi, 1991, p. 315; traduction libre)[2]. »

La « **séquelle fonctionnelle** » consiste en une anomalie, une **restriction** ou une **réduction** de la **fonction** caractéristique d'un organe, d'une structure anatomique ou d'un système par rapport à ce qui est considéré normal au plan anatomique, physiologique ou psychique, et qui découle d'une lésion professionnelle. A contrario, la « **limitation fonctionnelle** » se traduit plutôt par une **restriction** ou une **réduction** de la capacité physique ou psychique du travailleur à accomplir normalement une activité quotidienne de nature personnelle ou professionnelle en raison de la lésion professionnelle[3].

Il existe donc une distinction entre **la séquelle fonctionnelle** et **la limitation fonctionnelle.**

- **La séquelle fonctionnelle** est une anomalie, une réduction ou encore une restriction au niveau de la fonction d'un organe, d'une structure anatomique ou d'un système par rapport à ce qui est considéré comme normal au plan physique, psychologique ou anatomique;

- tandis que **la limitation fonctionnelle** est une restriction ou une réduction de la capacité physique ou psychique de se comporter ou d'accomplir une activité quotidienne, personnelle ou professionnelle d'une façon *ou dans les limites* considérées comme normales.

La séquelle fonctionnelle donnera ouverture à l'attribution d'une atteinte permanente alors que **la limitation fonctionnelle** pourra exister sans que ne subsiste une **séquelle fonctionnelle**[4].

Atteinte permanente et **limitations fonctionnelles** sont deux notions intimement reliées, les secondes représentant la manifestation fonctionnelle du déficit de l'organisme découlant de la première. Il existe deux sortes de **limitations fonctionnelles**, celles qui résultent d'une atteinte permanente laissée par une blessure et qui empêchent une personne blessée d'exécuter certains mouvements. D'autre part, il y a celles qui empêchent un travailleur d'exercer une activité de travail qui va probablement aggraver sa condition, causer des rechutes et engendrer des arrêts de travail[5,6].

LA CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES HANDICAPS (CIH) : DÉFICIENCES, INCAPACITÉS, DÉSAVANTAGES

En mai 1976, l'OMS décide la publication, à titre d'essai et sous forme de supplément à la **CIM**, d'une classification des handicaps et des incapacités : « *International classification of impairments, disabilities and handicaps (***ICIDH***) : a manuel of classification relating to te consequences of desease* » est publié à la suite des travaux de Philip Wood en 1980. Cette *Classification Internationale des Handicaps : Déficiences, Incapacités et Désavantages* (**CIH**) propose une description des éléments « constitutifs » du handicap, en termes de conséquences des maladies, fissure la vision du handicap homogène et stable.

Dans ce modèle, « **une déficience** » correspond à « *toute perte de substance ou altération d'une structure ou fonction psychologique, physiologique ou anatomique* »[7]. « **L'incapacité** » correspond pour sa part à « *toute réduction, partielle ou totale, de la capacité d'accomplir une activité d'une façon ou dans des limites considérées comme normales pour un être humain* ». « **Le désavantage** », ou « **handicap** », représente quant à lui « **une limitation** ou **une interdiction** d'accomplissement d'un rôle social normal » compte tenu de l'âge, du sexe et des facteurs sociaux et culturels.

Autrement dit, la proposition de Wood permet de comprendre les principes de base de ce cadre conceptuel : **une maladie** ou un **traumatisme** est à l'origine de déficiences qui affectent les fonctions et **structures des organes**. **Les déficiences** quant à elles sont source **d'incapacités** touchant les comportements et activités de la personne. À leur tour, **les incapacités** sont source de **handicaps** liés aux **rôles et exigences sociales** de la personne.

La **CIH** et les réflexions qui ont entouré sa conception ont accompagné une révolution conceptuelle du **handicap** : considérer le **handicap** comme la conséquence d'une maladie (ou d'un accident) au lieu de l'assimiler à sa cause.

La **CIH** « décrit » ainsi le handicap, à travers l'atteinte du corps, bien sûr (« **déficiences** »), mais aussi les difficultés ou impossibilités à réaliser les activités de la vie courante qui découlent de ces déficiences (« **incapacités** ») et les problèmes sociaux qui en résultent (« **désavantages** »). Ainsi le handicap est-il décomposé et décrit par ses différents éléments constitutifs : **déficience(s), incapacité(s)** et **désavantage(s).** L'ensemble représente les « **conséquences des maladies** » qui sont, elles, répertoriées dans la très ancienne *Classification internationale des maladies* (**CIM**).

Classer les handicaps revient à décrire les éléments de chaque niveau et la *Classification internationale des handicaps* (**CIH**) est en réalité constituée de trois classifications distinctes (une pour les déficiences, une pour les incapacités, une pour les désavantages).

Ainsi donc, *La Classification internationale des handicaps* établie en 1980 par OMS est le premier grand système de classification à mettre spécifiquement l'accent sur **l'incapacité**. Selon **la CIH**, **l'incapacité** constitue une réduction ou une absence de la capacité, causée par une déficience, d'exercer une activité d'une façon considérée comme normale pour un être humain. Le cadre de **la CIH** présente **l'incapacité** comme un processus linéaire qui commence par une cause sous-jacente, qui entraîne une déficience, laquelle provoque une incapacité qui peut résulter en un handicap. De nombreuses personnes ont critiqué l'explication linéaire de l'incapacité proposée par la **CIH** de l'OMS qui plaçait trois concepts au cœur de son schéma explicatif des conséquences des problèmes de santé : **la déficience** (*impairment*), **l'incapacité** (*disability*), et **le désavantage** (*handicap*).

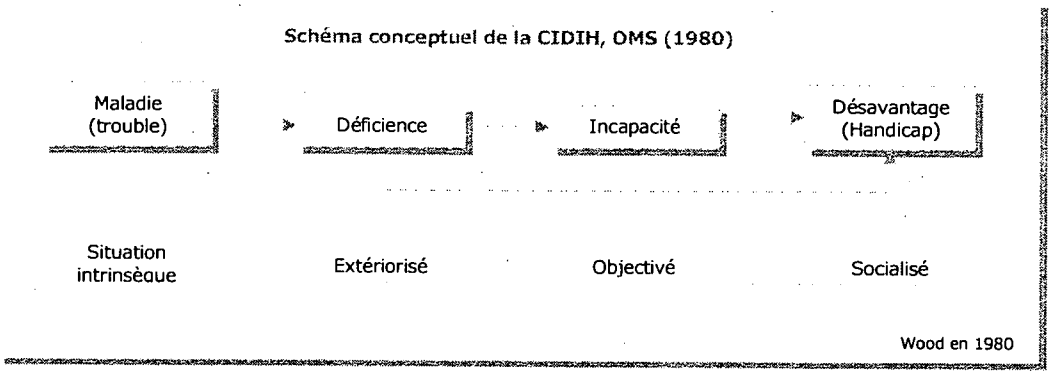
- Une **déficience** est une perte de substance ou altération d'une structure ou fonction (psychologique, physiologique ou anatomique) ; la déficience correspond donc à la lésion (exemple : amputation, lésion de la moelle, dégénérescence d'un nerf...) et/ou au déficit en résultant (exemple : paraplé- gie, ankylose, aphasie, surdité, incontinence urinaire...);

- **L'incapacité** correspond à toute réduction (partielle ou totale) de la capacité d'accomplir une activité d'une façon ou dans les limites considérées comme normales. Par exemple : incapacités à marcher, à

s'accroupir, à fermer le poing..., mais aussi (en « situation ») à se lever, se laver, utiliser les W-C, s'habiller, communiquer, mémoriser, réfléchir;

- Le **désavantage** (conséquence des déficiences ou des incapacités) représente une limitation ou une interdiction d'accomplissement d'un rôle social normal (en rapport avec l'âge, le sexe, les facteurs sociaux et culturels) : gagner sa vie, faire des études, avoir un emploi, s'occuper;

La **CIH** a permis de « **décliner** » le handicap de façon différente pour chaque personne et de l'envisager de façon globale, selon le modèle maintenant bien connu. Elle a permis de clarifier les concepts : savoir de quoi l'on parle (les définitions des trois niveaux de la **CIH** sont devenues des standards internationaux).



DEFICIT	INCAPACITE	HANDICAP
Carence, affaiblissement ou dysfonctionnement de l'organe	Limitations ou difficultés fonctionnelles causées par la déficience	Les conséquences ou le désavantage social reliés à ces incapacités

Tableau 1 Organisation mondiale de la santé (OMS), ampleurs des difficultés.

Ce premier modèle établit la distinction entre la pathologie, la déficience, la limitation fonctionnelle et les incapacités clarifiant la terminologie et les définitions au domaine du handicap. Pour P. Wood, le processus du handicap est constitué par les relations que les éléments sur un plan entretiennent avec ceux des plans voisins et avec l'environnement. La distinction entre ces trois plans de conséquences (la déficience, la limitation fonctionnelle et l'incapacité) de la maladie permet de mettre en évidence les différents types de moyens mis en œuvre pour assurer les soins : les déficiences relèvent principalement des services médicaux, les incapacités sont plutôt du domaine des services de réadaptation et les désavantages sociaux du domaine de l'action sociale.

MODELES CONCEPTUELS DU HANDICAP : MODELE MEDICAL ET MODELE SOCIAL

Le **modèle individuel** est également appelé **modèle médical**, parce qu'il tient surtout compte des déterminants médicaux individuels (pathologies, déficiences, incapacités). Il conçoit le **handicap** comme le problème d'un individu donné caractérisé par une anomalie. La conséquence en est la conception de solutions s'adressant à cet individu qu'on va « rééduquer », « réadapter » à une société dont il s'écarte, dont il dévie.

Le **modèle social** (ou **socio-environnemental**) appréhende, à l'inverse, la question du **handicap** comme étant d'abord liée à la **structure sociale** : le handicap est moins perçu comme une anomalie (d'un individu) que comme

une différence (diversité) à intégrer dans un ensemble ; ce modèle insiste sur les causes **socio-environnementales** (barrières architecturales, préjugés sociaux, règles officielles...) des **situations vécues** par un membre différent de la communauté. Aussi les solutions pratiques préconisées visent-elles moins l'individu (*réadaptation*, *compensation* : fig. 1) que la **structure sociale** en agissant à un niveau collectif, notamment public, sur l'organisation matérielle, sociale, tant que culturelle ou législative (*non discrimination*, *accessibilisation*).

On peut résumer cette opposition en disant que, dans le **modèle individuel**, on va tenter d'adapter l'individu à la société, tandis que, dans le **modèle social**, on va tenter d'adapter la société à la diversité des individus qui la compose.

Modèles	**Modèle individuel (médical)**		**Modèle social (socio-environnemental)**	
	Biomédical	**Fonctionnel**	**Environnemental**	**Droits de l'Homme**
Traitement	Guérison par moyens techniques	Rééducation - réadaptation, services spécialisés	Adaptations, Accessibilisation, Services de soutien	Règles politiques et sociales communes (droits fondamentaux)
Prévention	Dépistage génétique ou biologique, élimination	Prise en charge précoce ; prévention secondaire (des aggravations)	Éliminations des barrières sociales (économiques, physiques, etc.)	Reconnaissance de la responsabilité sociale
Responsabilité sociale	Éliminer ou guérir	Qualité de vie, confort, autonomie, compensation	Elimination des obstacles physiques, culturels, etc.	Réduire les inégalités, droit à pleine citoyenneté

2 *les modèles conceptuels du handicap* (d'après J.-F. Ravaud).

Le **modèle médical** peut se nuancer en **modèle biomédical** et en **modèle réadaptatif** :

- Le **modèle biomédical** est le **modèle historique** de la médecine et de l'organisation sanitaire, celui qui prévalait dans le domaine des handicaps jusque dans les années 60-70, où l'apparition de la médecine de réadaptation l'a mis en cause. Dans ce modèle, basé sur la prise en charge des maladies aiguës (en « court séjour »), on est malade, on vous traite avec deux issues possibles : la mort ou la guérison. Le handicap, c'est-à-dire la « guérison avec séquelles » ou l'impossibilité de gué- rir tout en continuant à vivre de façon durable, n'est pas pensé. Dans un tel modèle, les handicaps sont assimilés à leur cause médicale, les solutions proposées sont d'ordre technique (médicale, biologique, génétique...) et visent l'éradication, par la guérison si possible ou par la prévention (anténatale en particulier). Pour faire image, c'est le modèle du Téléthon (au moins le modèle dominant visant au soutien de la recherche) ;

- Le **modèle réadaptatif** est le **modèle de la rééducation et de la réadaptation**, qui inspire notamment les accompagnements dans les structures de rééducation et du secteur médico-social. L'approche du **handicap** demeure individuelle mais s'élargit, par rapport au modèle précédent, à toute la réalité des conséquences des maladies chroniques ou des séquelles d'affections aiguës ou d'accidents. Appelé aussi **modèle fonctionnel**, c'est le modèle qui sous-tend la **CIH** (1980) : le **handicap** est l'ensemble des conséquences d'une pathologie invalidante, au niveau du corps (**déficiences**), de la vie quotidienne et sociale (**incapacités**, **dépendance**, etc.). **L'action corrective** développée sur ce modèle est la **rééducation-réadaptation**, visant la prise en charge précoce, la prévention secondaire des troubles (éviter les complications), dans une finalité qui n'est plus la guérison ou l'éradication mais le « **vivre avec** » : l'autonomie, le confort et la « **qualité de vie** », l'accès aux aides techniques, humaines et financières individuelles, ce qu'on appelle aujourd'hui la compensation.

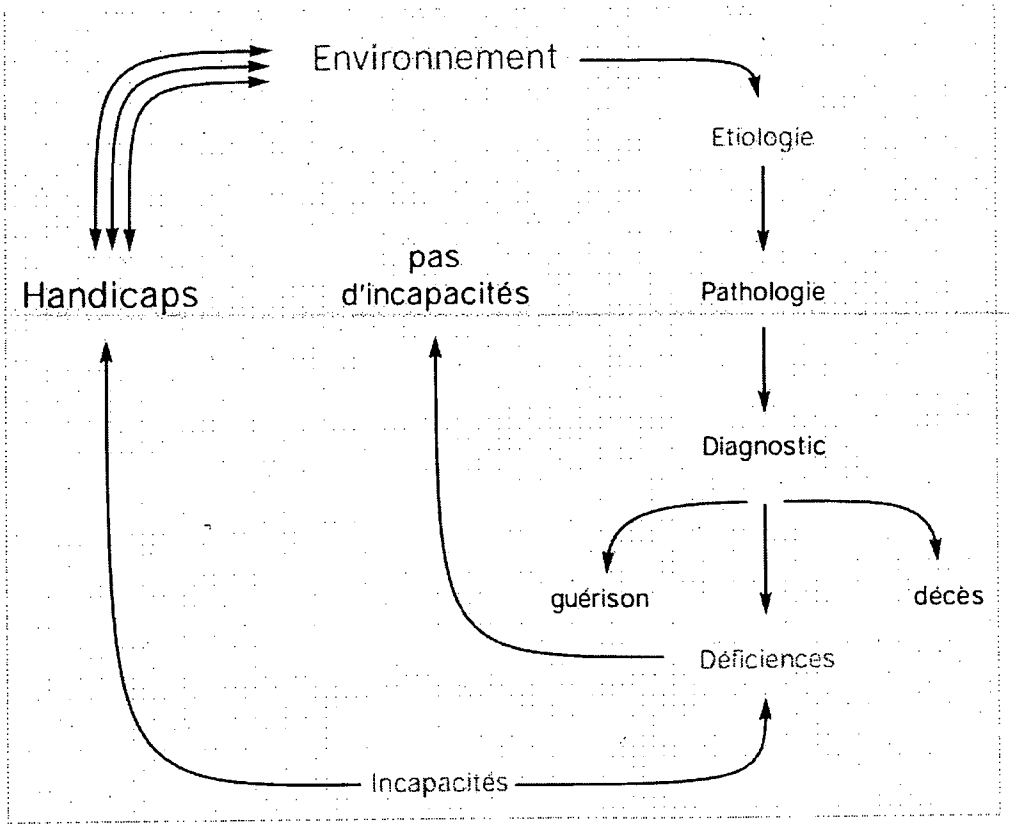
Le **modèle social** peut lui aussi se nuancer en **modèle environnemental** et en modèle des « **droits de l'homme** » :

- **Le modèle environnemental** a pour base la notion d'accessibilité ou plus précisément d'accessibilisation (définie par J. Sanchez) : mettant l'accent sur les déterminants environnementaux des situations de handicaps, il sous-tend une lutte contre les handicaps d'abord axée sur l'élimination des barrières et obstacles : obstacles matériels (architecturaux notamment) mais aussi culturels (attitudes et représentations sociales) ou économiques (ressources, accès aux soins et prestations, etc.). Ce modèle est par essence social dès lors qu'il vise une accessibilisation universelle (les actions visant à modifier l'environnement proche, personnel, d'une personne – son logement, son école et non tous les logements, toutes les écoles – sont plutôt des extensions du modèle réadaptatif car l'action concerne, même sur l'environnement, presque toujours un individu et un seul) ;

- Le **modèle des droits de l'homme** est la **radicalisation du modèle social**, où les notions de **discrimination** et d'égalité des chances sont poussées à leur paroxysme théorique : le handicap y a pour déterminants premiers des règles sociales (lois, règlements...) inadaptées, mettant les personnes « différentes » en situation d'inégalité des chances. L'action corrective est donc uniquement pensée en termes de « droits de l'homme » : agir sur le cadre légal pour supprimer toute discrimination ; cette égalité de traitement obtenue, chacun se débrouille avec ce qu'il est au sein du cadre commun et, à la limite, toute mesure d'aide individuelle (compensation) sera jugée discriminatoire (« discrimination positive »). Ce modèle, dont les limites pratiques sont patentes (c'est une expérience universelle qu'il ne suffit pas de promulguer des droits pour qu'ils deviennent réalité) sous-tend des procédures de revendications (actions en justice) peu familières en France, mais dont la conjugaison avec des actions à visée environnementale reste à penser et à mettre en œuvre...

Le **processus de révision** de la **CIH** par l'OMS, avant lui les travaux québécois autour du processus de production du **handicap** et simultanément d'autres sources d'inspirations comme le *système d'identification des handicaps* de C. Hamonet, et ont tous eu pour préoccupation de tenter une intégration de ces différents modèles, pour sortir de leur opposition binaire et réductrice et proposer l'approche la plus global et universelle possible de la question des handicaps.

Une telle intégration des modèles individuels et sociaux fut le stéphanois Pierre Minaire, appuyant sa définition du « **handicap de situation** » par un schéma mettant en interaction dynamique les facteurs individuels (caractéristiques de la personne) organisés autour du futur schéma de la **CIH** et **l'environnement** de cette personne.



3 Le handicap de situation - le schéma proposé par P. Minaire (1978).

Au niveau européen, le Forum des associations représentatives de personnes handicapées proposait, au début des années 90, une définition du handicap, remarquable par la synthèse qu'elle réalise : « *Le handicap apparaît dans l'interaction entre la déficience, la limitation fonctionnelle et une société qui produit des barrières empêchant l'intégration.* »

Le **handicap** n'est plus un phénomène statique mais dynamique, un processus (apparaît) qui résulte de la combinaison (interaction) de deux séries de facteurs : **individuels** (déficience et limitation fonctionnelle) et **sociaux** (barrière), l'accent étant mis sur la résultante sociale (intégration) de cette combinaison. Cette définition, élaborée par des personnes **handicapées** elles-mêmes, sous-tend actuellement tous les modèles proposés pour tenter de rendre compte de la complexité de la notion de handicap.

PROCESSUS DE PRODUCTION DU HANDICAP (**PPH**)

Le modèle de *processus de production du handicap* (PPH) est un modèle « **biopsychosocial** ». Le modèle est basé sur un modèle générique de développement humain. Le **PPH** « *permet d'illustrer la dynamique du processus interactif entre les facteurs personnels (intrinsèques) et les facteurs environnementaux (externes) déterminant le résultat situationnelle de la performance de la réalisation des habitudes de vie correspondant à l'âge, au sexe et à l'identité socioculturelle des personnes.*[8] »

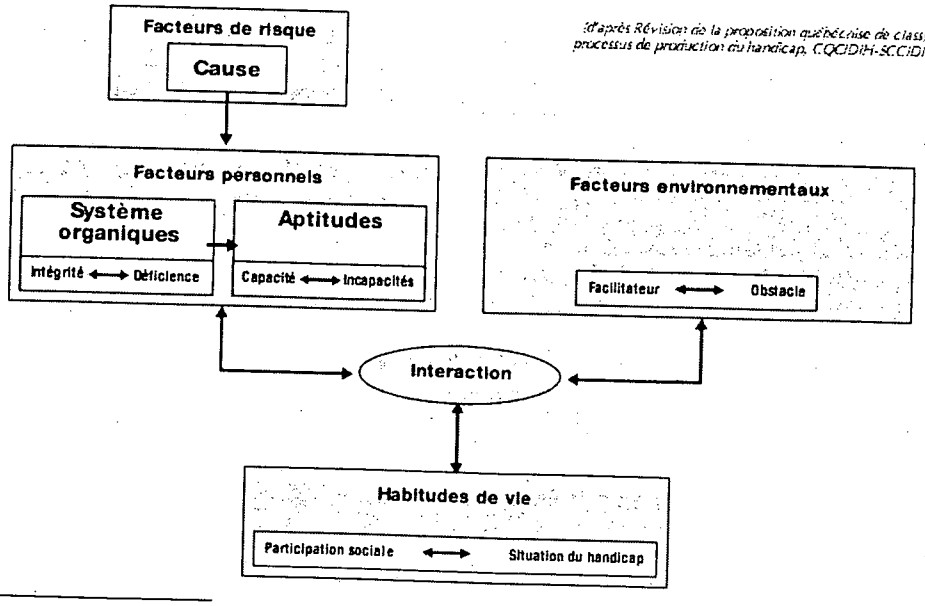
D'ailleurs, Patrick Fougeyrollas[9], un anthropologue québécois a grandement contribué aux révisions de schéma explicatif du *handicap* proposé par l'OMS depuis 1980. Ses travaux ont permis d'objectiver le rôle de l'environnement dans la genèse[i] d'un *handicap* (Gosselin, Choinière et Wilkins, 2001).

> Concrètement une personne ayant **des déficiences** et **des incapacités** vit ou non, selon les obstacles environnementaux auxquels elle est confrontée, des situations de handicap. On ne peut donc plus faire référence à un statut permanent de personne handicapée, Il faudrait plutôt parler de personne vivant une ou des situations de handicap » (SCCIDIH, 1991).

Il est à noter que Patrick Fougeyrollas[10], un anthropologue québécois a grandement contribué aux révisions de schéma explicatif du **handicap** proposé par l'OMS depuis 1980. Ses travaux ont permis d'objectiver le rôle de l'environnement dans la genèse[ii] d'un **handicap** (Gosselin, Choinière et Wilkins, 2001). Le modèle est basé sur un modèle générique de développement humain.

De plus, **la CIF** a tenu compte en partie de certaines critiques qui avaient été adressées au **CIH**. Sans se rallier au modèle québécois du *processus de production du handicap* (PPH), elle délaisse notamment le déterminisme médical pour **une approche systémique. Le handicap** sert alors de terme générique pour désigner **les déficiences**, les **limitations d'activités** et **les restrictions de participation**[11]. **La CIF** a été critiquée parce qu'elle ne distingue pas assez clairement ce qui appartient spécifiquement à la personne selon le **PPH** (systèmes organiques et aptitudes et les facteurs environnementaux).

Dès 1988, Fougeyrollas et ses collaborateurs québécois commençaient une procédure de révision de la **CIH**, et publiaient en 1996 une classification complète : le Processus de production du handicaps (**PPH**), adoptant et illustrant par un schéma pédagogique particulièrement clair une définition similaire du handicap (le terme générique neutre d'habitude de vie étant retenu pour désigner les dimensions positives (**participation**) et négatives (**situation de handicap**) : une **situation de handicap** correspond à la réduction de la réalisation des habitudes de vie, résultant de l'interaction entre les **facteurs personnels** (les déficiences, les incapacités et les autres caractéristiques personnelles) et les **facteurs environnementaux** (les facilitateurs et les obstacles). Pour la première fois, une finalité universelle (le développement humain) dépassant le champ discriminatoire du **handicap** comme **stigmate** était assignée à une classification à visée internationale, et une véritable dimension socio-environnementale était définie, décrite et articulée avec les facteurs individuels. A ce jour, le **PPH** est sans doute le modèle le plus abouti et le plus facilement utilisable par la clarté de ses définitions et de ses concepts et par la pédagogie de son schéma illustratif.

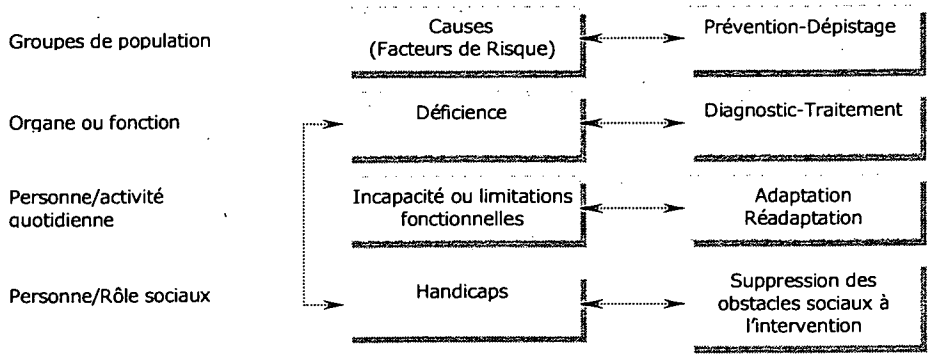


(d'après Révision de la proposition québécoise de classification : processus de production du handicap, CQCIDIH-SCCIDIH, 1995.)

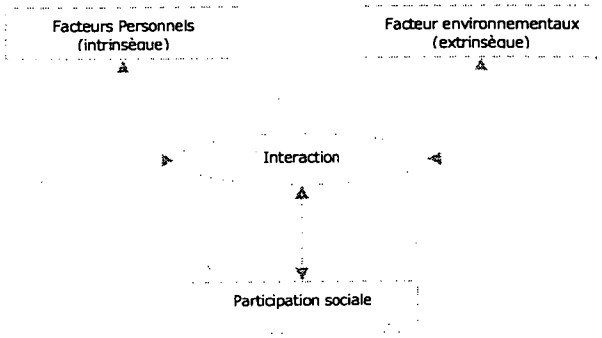
[i] Processus de développement d'une chose.
[ii] Processus de développement d'une chose.

Le **processus de production du handicap** est un **modèle explicatif** des causes et des conséquences des **maladies, traumatisme** et autres **troubles**. Une **situation de participation sociale** correspond à la pleine réalisation des **habitudes de vie**, une **situation de handicap** correspond à la réduction de la réalisation des habitudes de vie. Elles résultent de l'interaction entre les **facteurs personnel** (intégrité ou déficiente de(s) système(s) organique(s), capacité(s) ou incapacité(s), âge, sexe...) et les **facteurs environnementaux** (facilitateurs ou obstacles).

Modèle d'intervention « À part... égale » et processus de construction du handicap (Fougeyrollas, Gadreau et Zawilski, 1983)



Modèle du développement humain (RIPPH, 1996)



Le **RIPPH**, nouvelle dénomination légale du **CQCIDIH** (*Comité québécois sur la Classification internationale des déficiences, incapacités et handicaps*) depuis 1997, est un organisme de recherche et de développement des connaissances axé sur le changement social et l'exercice d'une participation sociale optimale pour les personnes ayant des incapacités. Il valorise la prise en compte des facteurs environnementaux comme producteurs de situation d'exclusion sociale pour les personnes différentes dans leurs corps et fonctionnalités.

Le groupe québécois qui, autour de *Patrick Fougeyrollas* a, dès la sortie de la *Classification Internationale des Handicaps : Déficiences, Incapacités, Désavantages*, entamé des travaux en vue de proposer une alternative, ayant eux-mêmes une position assez critique sur le modèle proposé par la **CIH**. Ces travaux n'ont pas trouvé d'écho après de l'OMS, sauf pour ce qui concerne la classification de l'environnement, qui a été reprise quasi intégralement.

DEFINITIONS DES DIFFERENTS ELEMENTS DU PROCESSUS DE PRODUCTION DU HANDICAP

- **Les facteurs de risque** constituent une dimension distincte, ce sont des facteurs qui appartiennent à l'individu ou à l'environnement et susceptibles d'altérer le développement de la personne ;

- **Les facteurs personnels** sont les caractéristiques appartenant à la personne (âge, sexe, identité culturelle...) ainsi qu'à son état organique ou ses aptitudes ;

- **Une déficience** correspond au degré d'atteinte anatomique, histologique ou physiologique d'un système organique. C'est donc une atteinte du corps ;

- **L'incapacité** correspond au degré de réduction d'une aptitude. L'aptitude est la possibilité pour une personne d'accomplir une activité physique ou mentale. Une précision importante: L'aptitude est la dimension intrinsèque d'un individu en regard de l'exécution d'une activité physique ou mentale sans tenir compte de l'environnement ;

- **Les facteurs environnementaux** sont définis comme les dimensions sociales ou physiques qui déterminent l'organisation et le contexte d'une société ;

- **Les habitudes de vie** sont définies comme des activités quotidiennes ou des rôles sociaux valorisés par le contexte socioculturel pour une personne. Elles assurent la survie et l'épanouissement d'une personne dans sa société tout au long de son existence.

CIH-2 : CLASSIFICATION INTERNATIONALE DU FONCTIONNEMENT, DU HANDICAP ET DE LA SANTÉ (CIF)

1980 : C.I.H. / Classification des handicaps comme conséquences de maladie.

2001 : C.I.F. / Classification du fonctionnement humain.

CIH-2 se réfère aux "Règles pour l'égalisation des chances des handicapés" adoptées par l'Assemblée générale des Nations

La classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (**CIF**) se présente comme une classification polyvalente destinée à offrir, au plan international, une base commune de description des données relatives « aux états de santé, aux conséquences qui en découlent et à leurs déterminants ». Elle fait suite à la *Classification Internationale des Handicaps : Déficiences, Incapacités, Désavantages* (**CIH**) et concerne le handicap mais elle inscrit celui-ci dans un cadre plus large, celui des fonctionnements, des activités, de la participation et de leurs restrictions dans le contexte de l'analyse des états de la santé.

L'adoption de la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (**CIF**) par l'Organisation mondiale de la santé, en mai 2001, a conclu le processus de révision de la première *Classification internationale du handicap* (**CIH**) de 1980. La **CIF** fait suite à la **CIH** et concerne le handicap mais elle inscrit celui-ci dans un cadre plus large, celui des fonctionnements, des activités, de la participation et de leurs restrictions dans le contexte de l'analyse des états de la santé. La **CIF** intègre l'invalidité dans les facteurs environnementaux.

Comité québécois sur la Classification internationale des déficiences, incapacités et handicaps (CQCIDIH)

Les travaux du CQCIDIH "reliés à la Classification internationale des déficiences, incapacités et handicaps (CIDIH), visant à mieux comprendre le processus par lequel une personne devient handicapée, ont démontré que le handicap découle de l'interaction entre les caractéristiques fonctionnelles d'une personne et celles de son environnement, révélant ainsi l'importance d'agir dans le milieu de vie de la personne et sur les obstacles posés par les divers systèmes de notre société".

La **CIH-2** ou **CIF** définit les composantes de la santé et certains éléments du bien-être relatifs à la santé (comme l'éducation ou le travail). Les domaines couverts par la **CIF/CIH-2** peuvent donc être désignés par les termes de domaines de la santé et domaines liés à la santé. Ces domaines peuvent être décrits en prenant comme perspective l'organisme, la personne en tant qu'individu ou la personne en tant qu'être social, selon deux listes de base: 1) les structures et fonctions organiques; 2) les activités et la participation[III].

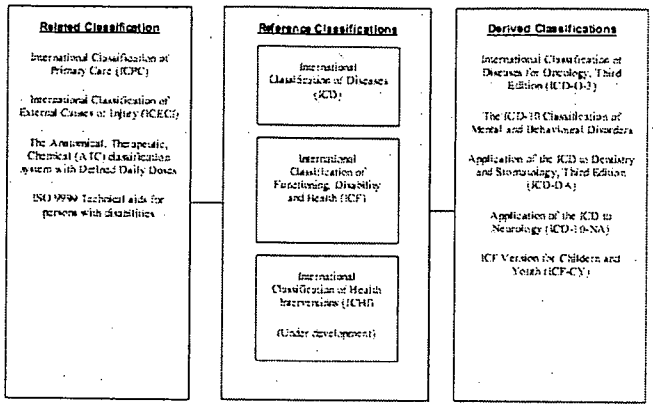
En tant que classification, la **CIF/CIH-2** regroupe de manière systématique les différents domaines[IV] auxquels est confrontée toute personne jouissant d'un état de santé donné. Le fonctionnement se rapporte à toutes les fonctions organiques, aux activités de la personne et à la participation au sein de la société, d'une manière générale. De même, **handicap** sert de terme générique pour désigner les déficiences, les limitations d'activités et les restrictions de participation. La **CIF/CIH-2** dresse aussi la liste des facteurs environnementaux qui peuvent avoir une influence sur tous ces schémas. Ainsi, la **CIH-2** permet de tracer un profile utile du fonctionnement, du handicap et de la santé des personnes dans divers domaines.

La **CIF/CIH-2** appartient à la "famille" des classifications proposées par *l'Organisation mondiale de la Santé* (OMS) pour être appliquées à divers aspects de la santé. La famille des classifications internationales de l'OMS fournit un canevas permettant de coder une large gamme d'informations relatives à la santé (par exemple diagnostic, fonctionnement et handicap, raison de contact avec les services de santé). Elle utilise un langage commun normalisé permettant ainsi une bonne communication sur la santé et les soins de santé dans le monde entier entre les représentants de diverses disciplines et spécialités scientifiques.

[III] Ces termes remplacent les termes utilisés jadis de "déficiences", "incapacités" et "désavantages", et élargissent leur portée en incluant des expériences positives.

[IV] Un domaine est définit comme un ensemble pratique et significatif comprenant des fonctions physiologiques, des structures anatomiques, des actions et des tâches ou des domaines de la vie.

Dans les classifications internationales de l'OMS, les états de santé sont classés essentiellement en fonction de la **CIM-10** (*Classification internationale des maladies*, 10e révision)[v], qui fournit un cadre étiologique. Le fonctionnement et les handicaps associés aux états de santé sont classés dans la **CIF/CIH-2**.



4Représentation schématique de OMS-CIF (*angl.*: WHO-FIC).

La **CIM-10** et la **CIF/CIH-2** sont par conséquent complémentaires[vi] et les utilisateurs sont invités à utiliser ensemble ces deux membres de la famille des classifications internationales de l'OMS. La **CIM-10** permet de poser un diagnostic des maladies, troubles et autres états de santé; cette information est enrichie par les informations supplémentaires apportées par la **CIF/CIH-2** sur le fonctionnement. L'information ainsi recueillie à la fois sur le diagnostic et sur le fonctionnement permet de se faire une idée plus large et plus utile de la santé des personnes et des populations, information qui peut alors être utilisée par les décideurs.

Cigles (Francais : anglais)

CIF: *International Classification of Functioning, Disability and Health* (ICF).

CIM: *International Classification of Diseases* (ICD).

La **CIF/CIH-2** adopte aujourd'hui une définition du handicap très proche de celle du Forum européen ou du **PPH** : le **handicap** désigne les déficiences, limitations d'activité et **restriction de participation**. Il désigne les aspects négatifs de l'interaction entre un individu (ayant un problème de santé) et les facteurs contextuels dans lesquels il évolue (environnementaux et personnels).

Le **modèle de processus de production du handicap** qui sous-tend la **classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF)** est un **modèle biopsychosocial**, intégrant le **modèle médical** du handicap, conséquence individuelle d'un problème de santé, et le **modèle social**, qui rend l'environnent responsable du handicap.

Les apports de la **CIF** :

---

[v] *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes*, 10e révision, Vol. 1-3. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1992-1994.

[vi] Il est important de noter les points communs de la CIM-10 et de la CIH-2. Toutes deux partent d'un système anatomique. Les déficiences se rapportent à des structures et fonctions de l'organisme, qui sont généralement considérées dans le cadre d'un "processus pathologique", et par conséquent sont aussi utilisées dans la CIM-10. Néanmoins, the système qui organise la CIM utilise les déficiences (signes et symptômes) en tant qu'éléments constitutifs d'une "maladie", voire en tant qu'éléments déclenchant le contact avec les services de santé. Par contre, la CIH-2 reconnaît la déficience comme un problème de fonctionnement lié à un état de santé.

- la classification et son schéma conceptuel se réclament d'une conception universelle s'appliquant à tout être humain ;
- d'une perspective unidirectionnelle linéaire mécaniste et positiviste de cause à effet, elle s'appuie maintenant sur des modèles systémiques multidimensionnels ;
- les modèles visent à décrire et à expliquer le phénomène du handicap ;
- les dimensions conceptuelles sont formulées de façon positive ;
- elle se présente comme une classification hiérarchique avec des définitions des catégories
- elle prend en compte des facteurs environnementaux ;
- elle prend en compte des facteurs personnels ;
- elle est dotée de codes qualificatifs de cotation ou échelles de sévérité pour chaque domaine conceptuel.

BUTS DE LA CIH-2

La **CIH-2** est une classification polyvalente conçue pour servir diverses disciplines et différents secteurs. Ses buts spécifiques peuvent être résumés de la manière suivante:

- fournir une base scientifique pour comprendre et étudier des états de santé et les conséquences qui en découlent, ainsi que leurs déterminants;
- établir un langage commun pour décrire les états de santé et les conséquences qui en découlent afin d'améliorer la communication entre différents utilisateurs, notamment les travailleurs de santé, les chercheurs, les décideurs et le public en général, y compris les personnes handicapées;
- permettre une comparaison des données entre pays, entre disciplines de santé, entre services de santé et à différents moments;
- fournir un mécanisme d'encodage systématique pour les systèmes d'information sanitaire.

Ces objectifs sont liés les uns aux autres, puisque toute utilisation de la **CIH-2** implique la mise en place d'un système pratique et utile qui puisse être utilisé par différents auteurs chargés de politique de santé, d'assurance qualité et d'évaluation d'impact dans différentes cultures.

APPLICATIONS DE LA CIH-2

Depuis sa première édition à titre expérimental en 1980, la **CIH-2** a été utilisée à diverses fins:

- comme outil statistique - pour la collecte et l'enregistrement de données (par exemple dans les études populations et les enquêtes démographiques ou dans le cadre de systèmes d'information pour la gestion);
- comme outil de recherche – pour mesurer les conséquences des maladies, la qualité de vie et les facteurs environnementaux ;
- comme outil clinique - pour l'évaluation des besoins, le choix des traitements les plus adaptés à certains états de santé, l'évaluation d'aptitudes professionnelles, l'évaluation de la réadaptation et de ses résultats;

- comme outil de politique sociale - pour planifier la sécurité sociale, les systèmes d'indemnisation et la conceptualisation et la mise en œuvre de politiques;

- comme outil pédagogique - pour la conception de programmes, pour des campagnes de sensibilisation et pour la mise en œuvre d'actions sociales.

Bien que la **CIH-2** soit en fait une classification des états de santé et des états liés à la santé, elle est également utilisée par des secteurs comme les assurances, la sécurité sociale, le monde du travail, l'éducation, l'économie, la politique sociale et le développement législatif en général, ainsi que la modification de l'environnement. C'est la raison pour laquelle elle a été acceptée comme l'une des classifications sociales par les Nations Unies, que l'on s'y réfère et qu'elle intègre les Règles pour l'égalisation des chances des handicapés[vii]. Ainsi, la **CIH-2** fournit un instrument approprié pour la mise en œuvre tant des mandats internationaux en matière de droits humains que dans le domaine des législations nationales.

La **CIH-2** est donc utile pour toute une gamme d'applications différentes, par exemple la sécurité sociale, l'évaluation et la maîtrise des dépenses de santé, les enquêtes de populations aux niveaux local, national et international. Elle propose un cadre conceptuel de l'information applicable aux soins de santé individuels, y compris la prévention, la promotion de la santé et l'amélioration de la participation, puisqu'elle permet de lever ou d'atténuer les obstacles posés par la société et qu'elle encourage la mise en place de systèmes d'aide sociale et de facilitateurs. Elle est également utile pour étudier les systèmes de santé, qu'il s'agisse de les évaluer ou de formuler des politiques.

L'UNIVERS DE LA CIH-2

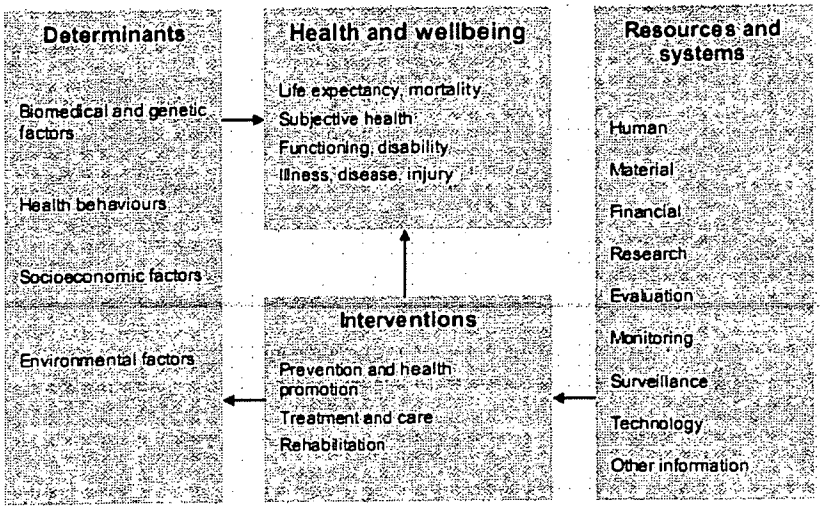
La **CIH-2** couvre tous les aspects de la santé humaine et certaines composantes du bien-être qui relèvent de la santé. Elle les décrit en tant que domaines de santé et domaines liés à la santé. La **CIH-2** s'inscrit dans le contexte plus vaste de la santé et ne couvre donc pas les circonstances de la vie qui ne se rapportent pas directement la santé, telles que celles qui peuvent résulter de facteurs socio-économiques.

Par exemple, des personnes peuvent se trouver limitées dans l'exécution de certaines tâches dans l'environnement où elles vivent (ce qui est semblable aux restrictions de participation dans la **CIH-2**) en raison de leur race, de leur sexe, de leur religion ou de toute autre catégorie socio-économique, mais il ne s'agit pas là de restrictions de participation liés à la santé au sens où l'entend la **CIH-2**.

On croit souvent que la **CIH-2** ne concerne que les personnes handicapées: en fait elle concerne tout un chacun. Les états de santé associés à des pathologies quelconques, qu'elles se manifestent au niveau de l'organisme, de l'individu ou de la société, peuvent être décrits par la **CIH-2**. En d'autres termes, la **CIH-2** est d'application universelle[viii].

[vii] Règles pour l'égalisation des chances des handicapés, adoptées par l'Assemblée générale des Nations Unies à sa quarante-huitième session le 20 décembre 1993 (résolution 48/96). New York, Nations Unies, Département de l'information de l'ONU, 1994.

[viii] Bickenbach JE, Chatterji S, Badley EM, Üstün TB (1999) Models of disablement, universalism and the ICIDH, Social Science and Medicine, 48:1173-1187



5 Cadre conceptuelle de la santé, OMS.

CHAMP D'APPLICATION DE LA CIH-2

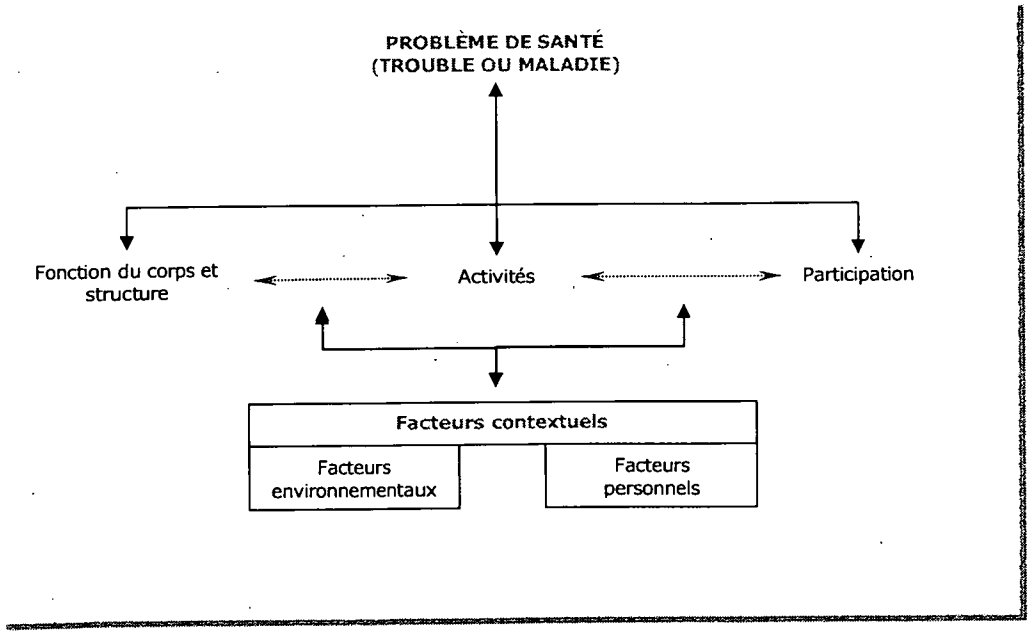


Figure 6 *La classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé* - CIF (OMS, 2001).

La **CIH-2** donne le moyen de décrire une vaste gamme de situations concernant le fonctionnement humain et les restrictions qu'il peut subir; elle fournit un cadre pour organiser cette information. Elle apporte également une structure qui permet de présenter l'information de manière utile, intégrée et facilement accessible.

La **CIH-2** organise l'information en deux parties: (1) fonctionnement et handicap et (2) facteurs contextuels. Chaque partie a deux composantes:

1. Composantes du fonctionnement et du handicap

   a) **La composante Organisme** comprend deux classifications, une pour les fonctions des systèmes organiques et une pour les structures anatomiques. Les différents chapitres des deux classifications sont organisés selon les systèmes organiques ;

   b) **La composante Activités et participation** couvre la gamme des domaines définissant les aspects du fonctionnement, tant du point de vue de la personne en tant qu'individu que du point de vue de la personne en tant qu'être social.

2. Facteurs contextuels

   a) Une liste de **facteurs environnementaux** constitue un sous-ensemble des **facteurs contextuels**. Ces **facteurs environnementaux** ont un impact sur toutes les composantes du fonctionnement et du handicap et sont organisés de manière à aller de l'environnement le plus proche à l'environnement le plus général ;

   b) Les **facteurs personnels** constituent l'autre sous-ensemble des **facteurs contextuels**. Ils ne sont cependant pas intégrés à la **CIH-2** en raison des importantes variations sociales et culturelles qui leur sont associées.

Les **composantes du fonctionnement et du handicap** peuvent être exprimées, dans la **CIH-2**, de deux manières: elles peuvent être utilisées pour indiquer un problème (par ex. une incapacité, une limitation d'activité ou une restriction de participation, le tout regroupé sous le terme générique de handicap); elles peuvent aussi être utilisées pour faire référence à des aspects de la santé (ou des états qui y sont liés) qui ne posent pas problème (donc neutres): elles sont alors regroupées sous le terme générique de fonctionnement.

L'état de fonctionnement et de handicap d'une personne est le résultat de l'interaction dynamique[ix] entre son état de santé (maladies, troubles, blessures, traumatismes, etc.) et les facteurs contextuels. Ces derniers comprennent à la fois des facteurs personnels et des facteurs environnementaux. La **CIH-2** dresse une liste très complète des facteurs environnementaux, qui sont considérés comme une composante essentielle de la classification. Les **facteurs environnementaux** interagissent avec tous les éléments du fonctionnement et du handicap. Le schéma qui sous-tend les facteurs environnementaux est le fait de savoir si les caractéristiques du monde environnant, du contexte social et des attitudes ont un effet facilitateur ou si, au contraire, elles constituent un obstacle pour la personne qui y vit.

DEFINITIONS DES COMPOSANTES

Dans le contexte de la santé

- **Les fonctions organiques** désignent les fonctions physiologiques des systèmes organiques (y compris les fonctions psychologiques) ;
- **Les structures anatomiques** désignent les parties anatomiques du corps, telle que les organes, les membres et leurs composantes ;
- **Déficiences** (*angl. : impairments*) désignent des problèmes dans la fonction organique ou la structure anatomique, tels un écart ou une perte importante ;
- **Activité** désigne l'exécution d'une tâche par une personne.

[ix] Cette interaction peut être perçue comme un processus ou comme un résultat, selon le point de vue de l'utilisateur.

- **Participation** désigne l'implication d'une personne dans une situation de vie réelle. La Participation selon la **CIF** relève d'une approche systémique des inégalités sociales référée à la situation de handicap. L'objectif est l'identification des causes individuelles et environnementales des restrictions de participation. Le traitement l'égalité d'accès aux droits de tous (mesures anti-discriminatoires et d'accessibilité généralisée) et des mesures de compensation différentielles et réadaptatives;

- **Les limitations d'activité** désignent les difficultés que rencontre une personne dans l'exécution de certaines activités ;

- **Les restrictions de participation** désignent les problèmes qu'une personne peut rencontrer en s'impliquant dans une situation de vie réelle ;

- **Les facteurs environnementaux** désignent l'environnement physique, social et attitudinal dans lequel les gens vivent et mènent leur vie.

Aperçu de la CIH-2

<table>
<tr><th></th><th colspan="2">Partie 1: Fonctionnement et handicap</th><th colspan="2">Partie 2: Facteurs contextuels</th></tr>
<tr><th></th><th>Fonctions organiques et structures anatomiques</th><th>Activités et participation</th><th>Facteurs environnementaux</th><th>Facteurs personnels</th></tr>
<tr><td>Domaines</td><td>1. Fonctions organiques

2. Structures anatomiques</td><td>Domaines de la vie (Tâches, actions)</td><td>Facteurs extérieurs affectant le fonctionnement et le handicap</td><td>Facteurs internes affectant le fonctionnement et le handicap</td></tr>
<tr><td>Schémas</td><td>Changement dans les fonctions organiques (physiologie)

Changement dans la structure anatomique</td><td>Capacité
réaliser des tâches dans un environnement standard

Performance
réaliser des tâches dans l'environnement réel</td><td>Impact (facilitateur ou obstacle) de la réalité physique, de la réalité sociale ou des attitudes</td><td>Impact des attributs de la personne</td></tr>
<tr><td>Aspect positif</td><td>Intégrité fonctionnelle et structurale</td><td>Activité
Participation</td><td>Facilitateurs</td><td>Sans objet</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="2">Fonctionnement</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>Aspect négatif</td><td>Déficience</td><td>Limitation de l'activité
Restriction de la participation</td><td>Barrières, obstacles</td><td>Sans objet</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="2">Handicap</td><td></td><td></td></tr>
</table>

Comme le tableau l'indique:

La **CIH-2** est constituée de deux parties, comprenant chacune deux composantes.

1) La première partie : **Fonctionnement et handicap**:

   A) Fonctions organiques et structures anatomiques ;

   B) Activités et participation.

2) La seconde partie : **Facteurs contextuels**:

   A) Facteurs environnementaux ;

   B) les Facteurs personnels.

Chaque composante peut être exprimée en termes positifs ou en termes négatifs.

Chaque élément est fait de divers domaines, à l'intérieur desquels on trouve les catégories, qui sont les unités de classification. **L'état de santé** d'une personne et les états qui y sont liés sont ainsi classés en attribuant un ou plusieurs codes appropriés pour la catégorie choisie, en ajoutant un ou plusieurs codes qualificatifs qui précisent l'étendue ou l'ampleur du fonctionnement ou du handicap dans cette catégorie, ou la mesure dans laquelle un facteur environnemental est un facilitateur ou un obstacle.

FONCTIONS ORGANIQUES, STRUCTURES ANATOMIQUES ET DEFICIENCES

« Le fonctionnement est un terme générique qui se rapporte aux fonction organiques, aux activités de la personne et à la participation au sein de la société ; de même, handicap sert de terme générique pour désigner les déficiences, les limitations d'activités ou la restriction de participation ».

Définitions :

- Les **fonctions organiques** désignent les fonctions physiologiques des systèmes organiques (y compris les fonctions psychologiques).
- Les **structures anatomiques** désignent les parties du corps humain, telles que les organes, les membres et leurs composantes.
- Les **déficiences** désignent des problèmes des fonctions organiques ou des structures anatomiques, comme un écart ou une perte importante.

(1) Les **fonctions organiques** et les **structures anatomiques** sont classées dans deux sections distinctes. Elles sont conçues pour être parallèles. Par exemple, les fonctions organiques incluent les sens de base comme la vue (« fonctions de vision »), et leurs corrélats structurels sous la forme « œil et ses annexes ».

(2) Le terme « **organique** » se réfère à l'ensemble de l'organisme humain: il englobe donc le cerveau et ses fonctions, c'est-à-dire l'esprit. Les **fonctions mentales** (ou psychologiques) font donc partie des **fonctions organiques**.

(3) Les **fonctions organiques** et **structures anatomiques** sont classées selon les systèmes organiques; dans la même logique, les structures anatomiques ne sont pas considérées comme des organes au sens strict[x].

[x] Dans la version de 1980 de la CIH, on mentionnait l'organe comme niveau de référence, mais la définition d' « organe » n'était pas claire. Les yeux et les oreilles sont traditionnellement considérés comme des organes, mais il est difficile de les délimiter de manière précise. Il en va de même des limites des membres et des organes internes. La CIH-2 substitue à l'approche de l' « organe », qui suppose l'existence d'une entité ou unité à l'intérieur du corps, celle de structure organique.

(4) Une **déficience** de structure peut consister en une anomalie, carence, perte ou autre écart important par rapport à une norme au niveau des structures anatomiques. Les déficiences ont été définies à la lumière des connaissances actuelles aux niveaux tissulaire ou cellulaire, et au niveau infracellulaire ou moléculaire. Toutefois, pour des raisons pratiques, ces niveaux ne sont pas repris dans la présente classification[xi]. Les fondements biologiques des déficiences ont guidé la classification, et il demeure possible d'étendre celle-ci au niveau cellulaire ou moléculaire. Il convient de signaler aux utilisateurs du milieu médical que les déficiences ne sont pas équivalentes à la pathologie sous-jacente, mais qu'elles sont plutôt les manifestations de cette pathologie.

(5) Les **déficiences** représentent des écarts par rapport à certaines normes généralement acceptées de l'état biomédical du corps et de ses fonctions. La définition de leurs composantes repose principalement sur le jugement des personnes compétentes pour évaluer le fonctionnement physique et mental par rapport à des normes généralement reconnues.

(6) Les **déficiences** peuvent être temporaires ou permanentes; progresser; régresser ou rester stables, être intermittentes ou continues. L'écart par rapport à la norme peut être grand ou petit, et il peu t varier dans le temps. Ces caractéristiques font l'objet des descriptions plus détaillées, principalement dans les codes au moyen de codes qualificatifs ajoutés après le point séparateur.

(7) Les **déficiences** ne dépendent pas de l'étiologie ni de la façon dont elles sont apparues; par exemple, la perte de la vue ou d'un membre peut découler d'une anomalie génétique ou d'une blessure. Toute déficience a nécessairement une cause mais la cause en elle-même ne suffit pas forcément à expliquer la déficience qui en résulte. De même, lorsqu'une déficience se manifeste, il y a naturellement un dysfonctionnement des fonctions organiques, par définition, mais il peut être lié à diverses maladies, troubles ou états physiologiques.

(8) La **déficience** peut faire partie intégrante d'un état de santé donné, mais elle ne signifie pas nécessairement qu'il y ait présence d'une maladie ou que l'individu doive être considéré comme malade.

(9) Les **déficiences** couvrent un champ plus vaste que les troubles ou les maladies; par exemple, la perte d'une jambe constitue bien une déficience de la structure anatomique mais n'est pas pour autant un trouble ou une maladie.

(10) Une **déficience** peut en entraîner d'autres. Par exemple, un manque de force musculaire peut être une entrave au mouvement, les fonctions cardiaques peuvent être liées à des fonctions respiratoires, les perceptions peuvent être associées à des fonctions cognitives.

(11) On peut observer un certain chevauchement entre certaines catégories de fonctions organiques et de structures anatomiques d'une part et les catégories de la **CIM-10**, particulièrement pour ce qui a trait aux symptômes et aux signes. Cependant, ces deux classifications poursuivent des objectifs différents. La **CIM-10** propose la classification des symptômes en chapitres pour se faire une meilleure idée de la morbidité ou de l'utilisation des services, alors que la **CIH-2** les présente comme faisant partie des fonctions organiques. Ils peuvent être utilisés pour la prévention ou pour définir les besoins des patients. Plus important encore, dans la **CIH-2**, la classification des fonctions organiques et des structures anatomiques est conçue pour être utilisée en parallèle avec les catégories d'Activités et participation.

(12) Les **déficiences** sont classées par catégories selon des critères d'identification définis (par exemple, présentes ou absentes, en fonction du seuil considéré). Ces critères sont les mêmes pour les fonctions et la structure. Ils sont: a) perte ou manque; b) réduction; c) addition ou excès; et d) écart. Lorsqu'une déficience est présente, elle est classée sur une échelle de gravité au moyen d'un code qualificatif générique.

[xi] Ainsi les déficiences dont la liste figure dans la CIH-2 doivent pouvoir être décelées par un tiers ou par la personne concernée elle-même, soit par observation directe soit par inférence à partir des faits observés.

(13) Les **facteurs environnementaux** interagissent avec les fonctions organiques, par exemple la qualité de l'air et la respiration, la lumière et la vue, le son et l'ouïe, des stimuli détournant l'attention et l'attention, la surface du sol et l'équilibre, la température ambiante et la régulation de la température corporelle.

ACTIVITES ET PARTICIPATION / LIMITATIONS D'ACTIVITES ET RESTRICTIONS DE PARTICIPATION

Définitions:

- Une **activité** signifie l'exécution d'une tâche ou le fait pour une personne de faire quelque chose.
- La **participation** signifie le fait de prendre part à une situation de la vie réelle.
- Les **limitations d'activité** désignent les difficultés qu'une personne peut rencontrer pour mener une activité.
- Les **restrictions de participation** désignent les problèmes qu'une personne peut rencontrer pour participer à une situation réelle.

Notons que c'est dans a **participation sociale**, « *qui prend forme dans les relations entre l'individu et ses différents milieux de vie que sont l'école, le milieu de travail, la vie communautaire, etc.*[xii] »

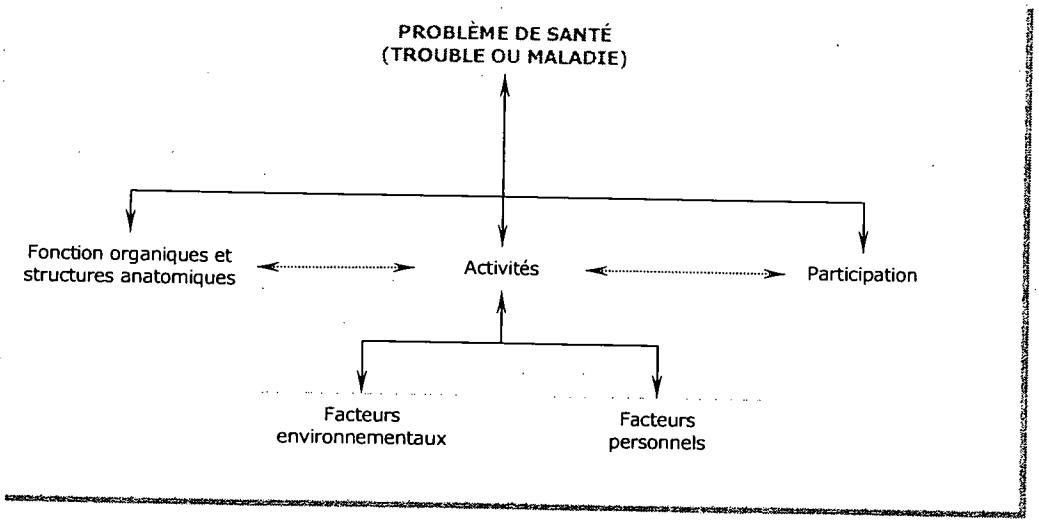


Figure 7 d'après la *Classification internationale du fonctionnement du Handicap et de la Santé* (CIF), (OMS 2002).

Le cadre conceptuel de la **CIF** permet de cerner les différentes composantes du fonctionnement et du handicap et leurs interactions, pointant par là-même les différents niveaux d'actions possibles pour (re)passer d'une situation de handicap à une situation de fonctionnement.

SYNTHESE

La **CIF** s'inscrit dans le champ de la santé. Elle est fondée sur une perspective axée sur la performance de l'individu et la conformité à la norme conçue comme une donnée externe, vers laquelle on doit tendre pour participer.

[xii] Pelletier. J., « l'espace communautaire », dans "Aessad 2000" op. cit.

Cette conception pragmatique de l'être humain et de la société est, en soi, séduisante et peut être perçue comme moderne et opérationnelle pour les intervenants des diverses disciplines associées à la santé et aux services sociaux, ou aux agents indemnisateurs, chargés de soutenir le passage du porteur d'anormalités vers une performance participative définie par les autres.

La **CIF** classe les états de la santé (soit les structures et fonctions organiques, les activités et la participation) et les états connexes de la santé (soit les problèmes de santé et les facteurs contextuels qui se subdivisent en facteurs personnels et en facteurs environnementaux), selon une approche biopsychosociale.

La définition du handicap donnée dans la loi du 11 février 2005 ainsi que les critères d'accès à la prestation de compensation prennent en compte cette approche, c'est pourquoi les différentes dimensions de la CIF, notamment celle des activités, servent de référence au guide d'évaluation multidimensionnelle et à plusieurs référentiels pris en application de la loi du 11 février 2005. « *Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant* » (article 2 de la loi du 11 Février 2005).

Par "physique", il faut entendre non seulement les paralysies et amputations mais aussi les altérations cardiaques, respiratoires, du dos etc. Par "mental", il faut entendre difficultés d'apprentissages, atteintes cognitives. Par "sensoriel", il faut entendre cécité et basse vision, surdité et hypoacousie, sens de l'odorat. Par "psychique", il faut entendre altération du comportement en société.

DU CONTEXTE EUROPÉEN

En 2002, deux autres grandes études se sont attachées à la définition de l'incapacité dans le contexte européen. La première, intitulée « *Assessing disability in Europe – Similarities and differences* », est l'aboutissement d'un projet de recherche de trois ans (1997-2000) financé par le Conseil de l'Europe[12]. Selon cette analyse, quatre approches fondamentales sont utilisées pour l'évaluation de la capacité : 1° la méthode des barèmes ; 2° l'évaluation des besoins en soins ; 3° la détermination de la capacité fonctionnelle ; et, enfin, 4° l'estimation des pertes économiques.

Le rapport décrit aussi le rôle joué par les *équipes multidisciplinaires* qui déterminent l'attribution des *allocations et de l'aide personnelle* et, en particulier, évaluent la possibilité que la personne visée puisse se réadapter sur les plans professionnel et social et se réintégrer dans la collectivité et l'économie.

La seconde étude, intitulée « *Definitions of Disability in Europe: A Comparative Analysis* », est le résultat d'un projet de recherche de deux ans et a été publiée en septembre 2002 sous les auspices de la Commission Européenne (CE).

La Commission précise de l'étude de vise pas à trouver une définition normalisée unique, mais plutôt pour élaborer un *cadre de travail* dans lequel les *différentes définitions* pourraient se situer et se *comparer l'une à l'autre*[13].

EN CONCLUSION

Le **handicap** est une **situation socialisée** vécue par un individu (et, par ricochet, par ses proches). On parle pour cela de personne en **situation de handicap**. La **situation de handicap** découle de l'interaction entre deux séries de facteurs : des facteurs individuels, donc subjectifs, et des facteurs liés à l'environnement physique et social ; c'est pourquoi les appellations de « **handicapé** », ou de « **personne handicapée** », sont aujourd'hui contestées car elles laissent penser que l'individu seul (ses caractéristiques physiques ou mentales) est à l'origine de la **situation sociale** qu'il vit, sans que la société et les barrières qu'elle oppose à sa différence ne soient contributives de cette situation.

Le **handicap** touche une personne : il faut parler de **personne en situation de handicap**, et non simplement de **situation de handicap**, concept théorique intéressant mais désincarné ; la **notion de situation de handicap** signifie qu'on ne peut parler de **handicap** que dans une situation donnée (*Minaire*) ; mais il n'y a pas de situation sans un individu pour la vivre (et, en partie, la constituer).

L'incapacité et le **handicap** n'échappent pas à la règle : on constate des différences selon la **catégorie socioprofessionnelle** dans les risques d'avoir des **déficiences**, des **incapacités** dans les activités du quotidien ou encore de recourir aux **institutions socio-sanitaires** en cas de **handicap** (Chau et collab., 2005 ; Mormiche et collab., 2003; Ravaud et collab., 2000).

Le niveau d'instruction (le niveau de litératie) ou la profession reflètent des ressources, des conditions de vie et de travail fortement liées à la santé et à l'espérance de vie. Ainsi, plusieurs études soulignent que l' élévation générale du niveau d' instruction dans la population est en partie responsable de la diminution de l' incapacité (Freedman et collab., 1999 ; Ross et collab., 1999, Lalive d' Epiney C et collab., 2000).

La profession peut également constituer un facteur de détérioration de la santé ou d'accident à travers des conditions de travail physiquement ou moralement pénibles (Siegrist, 1996; Karasek, 1990), ayant alors un effet particulier sur la survenue de limitations fonctionnelles. Mais l'activité professionnelle peut aussi favoriser la bonne santé, à travers les liens sociaux que fournit le travail ou encore par la couverture des frais médicaux proposée par les employeurs.

Du handicap « physique », « psychique », « mentale » et « cognitif »

Les **compétences** recouvrent l'ensemble des capacités qui permettent à l'individu d'accomplir des actions adaptées à l'environnement. Dans la perspective de **l'insertion professionnelle des personnes handicapées**, l'acquisition de compétences permet à l'individu de développer les aptitudes à travailler avec d'autres personnes et de faire face aux exigences du travail. Elles favorisent aussi la capacité à s'approprier les **normes** (sociales) imposées par la société et contribuent à la **réalisation de soi** et à l'**autonomie** quotidienne. Elles construisent **l'identité** de la personne et créent le **lien social**.

HANDICAP COGNITIF OU NEUROPSYCHOLOHIQUE

« *Troubles d'apprentissage -- problème de santé publique*? » Le handicap cognitif est la conséquence de la déficience des grandes fonctions cérébrales supérieures que sont l'attention, la mémoire, les fonctions exécutives et perceptives, le raisonnement, le jugement, le langage. Ces déficiences bien particulières, touchant à l'essentiel de la personne humaine, sont à l'origine d'incapacités variées, douloureusement perçues par l'entourage, mais dont le patient, au début, n'est pas toujours conscient. Les **handicaps cognitifs** tiennent au fait qu'il s'agit d'un handicap existentiel, invisible, imprévisible, à fort retentissement familial et à haut risque de marginalisation.

C'est un handicap invisible pour le patient lui-même qui, au début, est pratiquement toujours *anosognosique*[xiii]. H. Oppenheim souligne très bien que ces patients n'ont pas de représentation éprouvée de leur handicap, d'où la difficulté à intégrer la maladie dans leur espace psychique. Prigatano rapporte cette *anosognosie* à des stratégies de « *coping* » mises en place pour faire face à la maladie.

Dyslexie, dysphasie, dyscalculie, dyspraxie, TDAH, « *Précocité* » et troubles des apprentissages constitue autant de formes de handicap et demande de colliger un ensemble d'éléments d'information concernant les **dysfonctionnements neuropsychologiques** de la progéniture et de développer de nouvelles stratégies diagnostiques et thérapeutiques pour la prise en charge des pathologies et handicaps neurologiques ou des

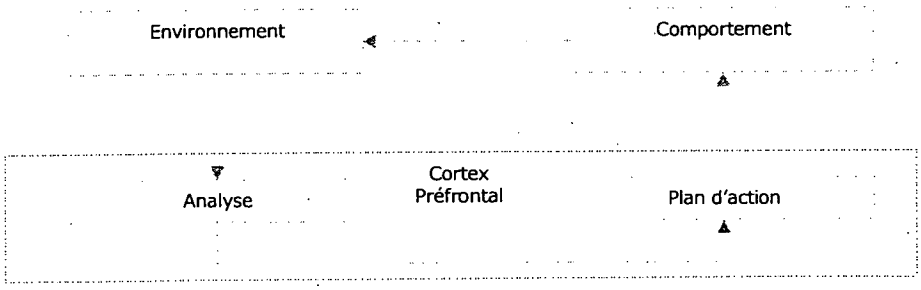
[xiii] Méconnaissance, par un malade ou un infirme, de son état, même grave, notamment dans le cas d'affections telles que la cécité ou l'hémiplégie.

dysfonctionnements cognitifs ainsi que d'évaluer et stimuler les capacités de plasticité fonctionnelle du cerveau humain. Des besoins en ressources tels que les psychiatres, les psychomotriciens, les neuropsychologues, les psychologues cognitivistes, et les ergothérapeutes et appel à une intervention multimodale, multidisciplinaire, transdisciplinaire, multidimensionnelle sont autant d'éléments fonctionnement en réseaux nécessaires à la prise en charge d'afflictions aussi complexe.

Les troubles des **fonctions exécutives** retentissent de façon significative sur les possibilités de reprise professionnelle, d'adaptation sociale et de loisir. Les **difficultés attentionnelles** perturbent la participation à une discussion avec de multiples intervenants, la capacité de faire deux choses en même temps, et entraînent distractibilité, lenteur et fatigabilité. Les **troubles de la mémoire** constituent une gêne à la **mémorisation** des rendez-vous, des faits récents avec des **difficultés d'apprentissage**, de **consolidation** et/ou de **récupération**. Dans le même sens, un certain nombre d'études notent parallèlement une augmentation de la dépression, de l'anxiété et de l'irritabilité ; les **plaintes cognitives** concernent alors l'attention, la mémoire, l'état d'esprit et le moral.

Le bilan neuropsychologique ou l'évaluation cognitive explore schématiquement des domaines distincts (mémoire, langage, praxies, fonctions visuospatiales, agnosies, fonctions exécutives) : leur atteinte conditionnant (ou réduisant les chances) de certaines prises en charge. Une **incapacité** traduit la conséquence fonctionnelle dans une situation spécifique (ex, lire, utiliser un téléphone, s'habiller). Le **handicap** exprime le retentissement dans la vie sociale (perte du statut professionnel, modification des relations familiales, dépendance pour la conduite automobile...).

Le concept de **« système exécutif »** renvoie à un ensemble de processus dont la fonction principale est de **faciliter l'adaptation du sujet à des situations nouvelles**, notamment lorsqu'une **tâche** requiert la mise en œuvre de **processus contrôlés** qui s'organise en partie dans le **lobe préfrontal**. Les **déficits** des **processus exécutifs** les plus fréquents concernent l'initiation et l'inhibition de l'action, la flexibilité, l'attention divisée, la génération d'informations, la planification, la résolution de problèmes (déduction, maintien et commutation de règles tacites), la **mémoire de travail** et les stratégies de recherche en mémoire épisodique. Il est effectivement, régulièrement souligné les risques du mythe du **« Handicap Invisible »** que peut prendre en particulier, le **« handicap cognitif »**. De plus, les **capacités à résoudre un problème**, à s'adapter à une nouvelle situation, concerne le plus haut des niveaux hiérarchiques des processus cognitifs.



Les personnes touchées par ces **troubles cognitifs**, ont tous des besoins communs, entre autre, : 1) comprendre leurs difficultés et avoir des informations utilisables sur les troubles dont ils souffrent; 2) pouvoir bénéficier de bilans neuropsychologiques très précis (complémentaires d'autres bilans), afin de cibler les rééducations possibles et les adaptations nécessaires ; 3) avoir accès aux rééducations dont ils ont besoin et qui ne sont pas toutes remboursées (neuropsychologie, orthophonie, psychomotricité, psychologie cognitive, ergothérapie, orthoptie, etc.); 4) rencontrer des enseignants, des formateurs ou des employeurs suffisamment informés de leurs difficultés pour qu'une intégration optimale soit possible; 5) avoir des interlocuteurs formés à un accompagnement spécifique, tel le mentorat; 6) obtenir des informations utilisables concernant les aspects juridiques, financiers, administratifs liés à leurs troubles et handicaps (et un accompagnement dans les démarches); 7) recevoir une aide à la compréhension

de leur profil cognitif, de leurs points forts et de leurs points faibles, et aussi des stratégie de compensation à mettre en place. 8) bénéficier d'une aide à l'analyse de leur vécu et de leur relation aux autres.

Les diagnostics recouvrent des « *dysfonctionnements neuropsychologiques* » ou des « *handicaps cognitifs* » concernant, entre autre, la mémoire (mémoire de travail, mémoire à long terme...), l'attention, les fonctions exécutives (planification, inhibition...), l'orientation temporo-spatiale, l'intégration visuo-spatiale constructive, le langage, etc. En outre, Il faut s'attendre à une augmentation des **handicaps cognitifs** dus à la grande prématurité et aux problèmes liés à la toxicité de l'environnement.

Ils étaient clairs depuis longtemps, les principaux relèvent :

- la reconnaissance de l'approche neuropsychologique et cognitive des Troubles des Apprentissages (sans exclure les autres approches) ;
- des diagnostics suffisamment précis dans un délai pas trop long ;
- des professionnels informés et formés ;
- des prises en charge compétentes et pluridisciplinaires ;
- une bonne intégration scolaire et professionnelle ;
- le développement de dispositifs adaptés aux cas sévères ;
- la prise en compte des aspects sociaux des troubles (guidance parentale) ;
- une meilleure reconnaissance légale et administrative des troubles et des situations de handicap ;
- le développement d'une Recherche débouchant sur une optimisation des prises en charge et la création d'outils performants ;
- un bon système d'information.

HANDICAP PSYCHIQUE



« *La maladie mentale est caractérisée par toute perturbation des fonctions mentales et, par conséquent, des comportements qu'elles commandent.* » Désormais, on associe plutôt le « *handicap mental* » à une déficience intellectuelle souvent détectée très tôt, tandis que le « *handicap psychique* » n'implique pas de déficit intellectuel majeur, mais est associé, soit à des psychopathologies, soit à des accidents tels qu'un traumatisme crânien.

Le « **handicap psychique** » ne doit pas être confondu avec la maladie elle-même. En effet, la *Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé* (**CIF**), adoptée à *l'Assemblée mondiale de la santé* en mai 2001 (Barral ; Roussel 2002), présente le **handicap** comme le résultat de l'interaction des caractéristiques de santé et des facteurs personnels d'un individu, d'une part, et des facteurs environnementaux, d'autre part. Il s'agit donc des conséquences de la **maladie mentale**, des conséquences fonctionnelles, sociales, cognitives... dans une situation donnée. En revanche, elle ne définit pas *stricto sensu* le terme de « **handicap psychique** ».

Les spécificités du « **handicap psychique** » ont été déclinées suivant quatre champs : le cognitif, les habiletés sociales, les habiletés professionnelles et l'identité personnelle.

Les **habiletés sociales** recouvrent l'ensemble des **capacités** spécifiques qui permettent à une personne d'accomplir une **performance jugée socialement adaptée**. Il précise qu'actuellement, elles sont conceptualisées sous forme **d'habiletés réceptives, d'habiletés décisionnelles** et **d'habiletés comportementales** :

- Les **habiletés réceptives** font référence à la capacité d'identifier et de comprendre les paramètres importants d'une **situation sociale**. Il s'agit par exemple de reconnaître si une personne est disponible pour répondre à une question;

- Les **habiletés décisionnelles** se rapportent à la capacité de choisir une réponse appropriée à la **situation sociale** rencontrée. Il s'agit de la capacité d'envisager différentes options face à un problème ou de déterminer un plan d'action. Par exemple, la capacité de changer de sujet de conversation lorsqu'il apparaît que notre interlocuteur s'ennuie;

- Les **habiletés comportementales** sont les différents éléments verbaux et non-verbaux de la réponse choisie. Il s'agit par exemple de la posture, des expressions faciales, du ton ou du volume de la voix, et du contenu lui-même de la réponse.

Quelques indicateurs des différentes composantes du champ des **habiletés sociales** :

- les liens et les repères sociaux ;
- la mobilisation des savoir-être et des habiletés comportementales ;
- la gestion de l'hygiène de vie ;
- les habiletés fonctionnelles et décisionnelles.

Le Handicap au Québec

HISTORIQUE

> « [...] Les personnes qui, suite à une déficience physique ou mentale, permanente, congénitale ou acquise, éprouvent des difficultés importantes dans l'accomplissement des activités et des rôles normalement attendus par la société. »

En 1971, *la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social* (**commission Castonguay-Nepveu**) décrit es conditions de vie déplorables des personnes handicapées au Québec[14]. Elle conclut à la nécessité d'une intervention de l'État pour contrôler les causes d'apparition des déficiences, minimiser leurs conséquences sociales et favoriser l'intégration sociale des personnes handicapées par une gestion rationnelle des ressources et des services.

À partir de 1973, *Les ministères des Affaires sociales et de l'Éducation* se préoccupent particulièrement des enfants en difficulté d'adaptation[xiv].

Le 28 juin 1976 *Claude Forget*, ministre des Affaires sociales, dépose le projet de loi 55 sur la protection des personnes handicapées, pour étude en commission parlementaire. Il propose de créer un **office des personnes handicapées** pour informer et conseiller les personnes handicapées et promouvoir leurs intérêts et favoriser leur reclassement professionnel.

Le nouveau ministre des Affaires sociales, Denis Lazure, propose à la consultation, en avril 1977, un Livre blanc[15] : « *Proposition de politique à l'égard des personnes handicapées* ». Sans attendre les réactions à ce document, le ministre va de l'avant et présente, le 3 juin 1977, le projet de loi qui est censé traduire concrètement les objectifs et principes du Livre blanc. Le nouveau projet s'élargit aux domaines de l'intégration scolaire et sociale, pour toutes les personnes handicapées, de tout âge, quelle que soit la limitation physique ou mentale. Il implique directement plusieurs ministères et confirme un rôle de coordination et non de fourniture de services au futur Office des personnes handicapées.

On assiste à la formation d'un front commun qui réclame le retrait ou des modifications majeures au projet de loi et publie un manifeste le 25 octobre 1977[xv]. En avril 1978, un représentant du ministre affirme devant les délégués du *Congrès mondial de l'enfance inadaptée* : « *Les droits des personnes handicapées sont strictement les mêmes que ceux de tout autre citoyen et leur reconnaissance sera inscrite dans la Charte des droits et libertés de la personne. Le principe sera ainsi consacré : le handicap d'une personne n'entrave en rien l'égalité de ses chances et les handicapés doivent être protégés contre toute forme de discrimination et d'exploitation*[xvi] ».

La nouvelle loi est adoptée le 23 juin 1978. La loi est appliquée par tranches et c'est le 8 novembre 1978 que *l'Office des personnes handicapées du Québec* est officiellement créé. L'année 1981 est déclarée par l'ONU; année internationale des personnes handicapées. C'est dans cette perspective que l'OPHQ dépose un projet d'élaboration d'une politique d'ensemble qui est approuvé par le Conseil des ministres le 11 mars 1981.

Le travail énorme réalisé par les tables et les groupes jette les bases d'« **À PART...ÉGALE** ». À court terme, il a permis de rédiger un État de situation[16] pour donner les informations essentielles aux invités de la Conférence socio-économique convoquée les 7, 8 et 9 décembre 1981.

[xiv] « *Les services à l'enfance, mémoire de programmes* », ministère des Affaires sociales, 1973. « *L'éducation de l'enfance en difficulté d'adaptation et d'apprentissage au Québec* », rapport du Comité provincial de l'enfance inadaptée (COPEX), ministère de l'Éducation, 1976. « *L'école québécoise : l'enfance en difficulté d'adaptation et d'apprentissage, énoncé de politique et plan d'action, ministère de l'Éducation* », 1978.

[xv] Feux verts, novembre 1977.

[xvi] Le Devoir, 28 avril 1978.

MODÈLE QUÉBÉCOIS DE LA SITUATION DE HANDICAP

En 1989, une proposition des révisions du concept de « **handicap** » est élaborée par le comité québécois sur *la classification internationale des déficiences, les incapacités et de handicap* (CQCDIH) et la *Société canadienne sur la Classification internationale des déficiences, des incapacités et des handicaps* (SCCDIH). « **Le handicap** » y est considéré comme « le résultat situationnel d'un processus interactif entre deux séries de causes :

- Les caractéristiques **des déficiences** et **des incapacités** de la personne découlant **de maladies** ou **de traumatismes;**
- les caractéristiques de **l'environnement** créant **des obstacles sociaux** ou **écologiques** dans une situation donnée. »

En 1996, des améliorations out était apporté au modèle afin de distinguer entre **la participation sociale** et **les facteurs environnementaux**. Il s'appuie sur un modèle anthropologique du développement humain, résultant de l'interaction de facteurs individuels, de facteurs environnementaux et des habitudes de vie. « *Une habitude de vie est une activité quotidienne ou un rôle social valorisé par le contexte social culturel pour une personne selon ses caractéristiques. [...] Elle assure la survie et l'épanouissement d'une personne dans la société tout au long de son existence. La qualité de la réalisation d'une habitude de vie se mesure sur une échelle allant de la pleine participation sociale à la situation de handicap totale* » (révision de la proposition québécoise de classification : processus de production du handicap, CQCIDIH-SCCIDIH, 1996).

La norme sociale n'est pas de s'occuper des droits des personnes ayant des incapacités, mais d'assurer l'exercice des droits de la personne quelle que soient les différences, y compris celles reliées aux déficiences et incapacités, et d'avoir à poser les gestes sociopolitiques nécessaires pour assurer l'exercice du droit à l'égalité. » (Révision de la proposition québécoise de classification : processus de production du handicap, CQCIDIH-SCCIDIH, 1996).

ORGANISME DE RECHERCHE ET DE DÉVELOPPEMENT DE LA CONNAISSANCE SUR LE HANDICAP (RIPPH)

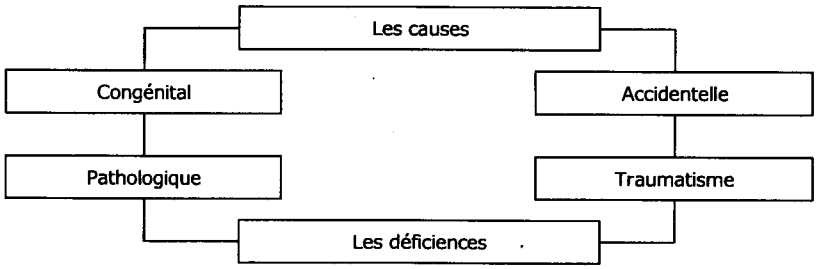
« L'art et la science de prévenir la maladie, de prolonger la vie et de promouvoir la santé physique et l'efficacité des services de santé par un effort organisé de la communauté » (Winslow ; 1920)

Le **RIPPH** est nouvelle dénomination légale du **CQCIDIH** (*Comité québécois sur la classification internationale des déficiences, incapacités et handicaps*) depuis 1997, est un organisme de recherche et de développement des connaissances axé sur le changement social et l'exercice d'une participation sociale optimale pour les personnes ayant des incapacités. Il valorise la prise en compte des facteurs environnementaux comme producteurs de situation d'exclusion sociale pour les personnes différentes dans leurs corps et fonctionnalités. Les objectifs du **RIPPH** sont, entre autres, promouvoir la connaissance, l'application et la validation du modèle du Processus de production du handicap explicatif des causes et conséquences des maladies, traumatismes et autres atteintes à l'intégrité et au développement de la personne, et de participer largement à la révision de la classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé.

LES CAUSES DU HANDICAP

En 1984, il existait depuis plusieurs années *une classification internationale des maladies* qui est le fruit d'une approche purement médicale.

Les causes conformes à **la situation de handicap** sont celles qui engendre **une déficience** sont soit pathologique, congénitale ou acquise, soit traumatique à la suite d'un accident, à cause d'un milieu à risques ou des habitudes de vie[17].



DE LA DEFICIENCE

« Une déficience est une perte, une malformation ou une anomalie d'un organe, d'une structure ou d'une fonction mentale, psychologique, physiologique ou anatomique. Elle est le résultat d'un état pathologique objectif, observable, mesurable et pouvant faire l'objet d'un diagnostic. » Une personne peut avoir une ou plusieurs déficiences, et ce, à une des degrés divers de gravité. De même, les anomalies psychiques peuvent avoir des causes diverses liées au milieu de vie, aux habitudes de la personne ou à des anomalies organiques causées par une maladie.

CLASSIFICATION DES DÉFICIENCES
Organisation mondiale de la santé (synthèse OPHQ)

CATÉGORIES	SOUS-CATÉGORIES
1. Déficiences intellectuelles	Déficience de l'intelligence Déficience de la mémoire Déficience de la pensée
2. Autres déficiences du psychisme	Déficience de la conscience et de l'état de veille Déficience de la perception et de l'attention Déficience des fonctions émotives et de la volonté Déficience du comportement
3. Déficiences du langage et de la parole	
4. Déficiences auditives	Déficience de l'acuité Autre déficience de l'audition ou de l'appareil auditif
5. Déficiences visuelles	Déficience de l'acuité visuelle Autre déficience de la vision et de l'appareil oculaire
6. Déficiences des autres organes	
7. Déficiences du squelette et de l'appareil de soutien	Déficience des régions de la tête Déficience mécanique et motrice des membres Altérations des membres (amputations)
8. Déficiences esthétiques	
9. Autres déficiences fonctionnelles, sensorielles et multiples	

CATÉGORIES DE DÉFICIENCES UTILISÉES AU QUÉBEC

— déficience mentale (1)
— déficience psychique ou émotionnelle (2)
— déficience motrice (7)
— déficience organique (6)
— déficience de la parole (3)

Déficiences physiques

— déficience auditive (4)
— déficience visuelle (5)

Déficiences sensorielles

Il y avait une confusion persistante entre l'existence d'une déficience et la réalité individuelle et sociale de ses conséquences. Il fallait utiliser ces notions avec précaution et rechercher des informations plus qualitatives reliées aux activités quotidiennes jugées normales dans une société donnée.

Une incapacité correspond à toute réduction (résultant d'une déficience) partielle ou totale de la capacité d'accomplir une activité d'une façon ou dans les limites considérées comme normales pour un être humain.

DE L'INCAPACITE OU DE LA LIMITATION FONCTIONNELLE

C'est la conséquence directe d'une **déficience** sur le fonctionnement quotidien d'une personne. Elle est liée aux réactions de la personne, aux causes et circonstances d'apparition de la **déficience**, à son âge, aux aides techniques et interventions d'**adaptation** disponibles pour compenser la limitation fonctionnelle. Dans « **À PART...ÉGALE** », le terme de **limitation fonctionnelle** est aussi utilisé pour désigner une **incapacité**.

CLASSIFICATION DES INCAPACITÉS
Organisation mondiale de la santé (synthèse OPHQ)

CATÉGORIES	SOUS-CATÉGORIES
1. Incapacités concernant le comportement	concernant la conscience concernant les relations
2. Incapacités concernant la communication	concernant la communication orale concernant l'écoute concernant la vision
3. Incapacités concernant les soins corporels	concernant les fonctions excrétrices concernant l'hygiène corporelle concernant l'habillage concernant la nutrition et autres soins corporels
4. Incapacités concernant la locomotion	concernant la déambulation entraînant une restriction dans les déplacements
5. Incapacités concernant l'utilisation du corps dans certaines tâches	concernant les tâches domestiques concernant les mouvements du corps
6. Maladresse	concernant les activités quotidiennes concernant les activités manuelles
7. Incapacités révélées par certaines situations	concernant la dépendance et la résistance liées à l'environnement physique

Il n'y avait au Québec aucune donnée valide sur l'importance des *limitations fonctionnelles* rencontrées par les personnes ayant des déficiences[xvii].

Un handicap est un désavantage social pour une personne résultant d'une déficience ou d'une incapacité et qui limite ou interdit l'accomplissement de ses rôles sociaux (liés à l'âge, au sexe, aux facteurs socioculturels).

LE HANDICAP

C'est une stigmatisation de la personne qui est porteuse d'une différence repérée ou interprétée comme une anormalité par la société. Selon Fougeyrollas (1984), « *classer les handicaps, ce n'est pas classer les personnes mais les facteurs de production du handicap afin d'intervenir sur le milieu et l'organisation des ressources pour corriger cette violence sociale envers la différence* ».

[xvii] « *Survey of non-institutionalized physically handicapped persons in Ontario* », Socio-demographic and need-related characteristics, Ontario, Government Bookstore, 1982.

AGIR SUR LES HANDICAPS OU OBSTACLES SOCIAUX - FAVORISER L'INTEGRATION

Quelles que soient ses **capacités fonctionnelles**, la personne doit pouvoir s'intégrer socialement.

AGIR	
SUR QUOI AGIR	**COMMENT AGIR**
1. Les causes	La prévention
2. Les déficiences	Le diagnostic et les traitements
3. Les incapacités	L'adaptation et la réadaptation
4. Les handicaps	La suppression des obstacles sociaux à l'intégration

Dans **« À PART... ÉGALE »**, on entend par intégration sociale[xviii] aussi bien la participation sociale et le maintien dans le milieu que l'intégration scolaire et professionnelle.

Selon Fougeyrollas (1984), *« à l'aide de ces quatre niveaux d'intervention, on peut distinguer les interventions collectives de prévention des déficiences, de développement du potentiel et d'intégration des personnes handicapées et les interventions individuelles qui permettent le développement du potentiel et l'intégration sociale de chaque personne handicapée. Il s'agit donc, d'une part, d'adapter et d'organiser les ressources et services collectifs nécessaires et, d'autre part, de permettre à la personne d'y avoir accès pour répondre à l'ensemble de ses besoins. »*

[xviii] Cette distinction est surtout historique, la dimension de participation à la vie sociale ayant été ajoutée après coup.

DES FACTEURS DE RISQUES

UNE VUE D'ENSEMBLE DES FACTEURS DE RISQUE
Organisation sociale et environnement
▪ Les risques liés aux facteurs socio-économiques ▪ Les risques liés à l'environnement physique (air, eau, sol, bruit) ▪ Les risques liés à la salubrité des logements et à l'urbanisation ▪ Les risques liés à l'organisation des soins de santé et de services sociaux, éducatifs, d'adaptation et de réadaptation ▪ Les risques liés à l'organisation et aux postes de travail
Comportements individuels déterminés socialement et culturellement
▪ Les risques liés aux facteurs socioculturels (discrimination, privilège, manque de stimulation, attitudes et définition de la normalité) ▪ Les risques liés au milieu familial ▪ La violence ▪ La nutrition ▪ Le tabac, l'alcool et les autres drogues ▪ La sédentarité ▪ L'hygiène
Traumatismes
▪ Les accidents du travail ▪ Les accidents de la circulation ▪ Les accidents domestiques ▪ Les accidents dans les sports et les loisirs
Biologie
▪ Les risques génétiques ▪ Les risques périnataux ▪ Les agents infectieux ▪ Les risques organiques

DE L'INCPACITE NON PHYSIQUE

Cette catégorie inclut les *difficultés d'apprentissage*, la déficience intellectuelle, *les limitations d'activités liées à un état émotif, psychologique* ou *psychiatrique, les limitations en raison de troubles de mémoire* et les *incapacités de type inconnu*[xix].

La situation des personnes ayant une *incapacité non physique* (troubles psychologiques, troubles de mémoire, troubles d'apprentissage, déficience intellectuelle).

DU PPH ADAPTÉ

- *Processus de production du handicap* (P.Fougeyrollas, RIPPH, Québec, 1998)
- *Classification du fonctionnement, du handicap et de la santé* (OMS, 2001)

INTRODUCTION

Le **modèle québécois du processus de la production du handicap** (PPH) trouve son origine dans le contexte de l'élaboration et de l'implantation, dans un vaste exercice démocratique de mobilisation de la société québécoise, de la politique À part..égale au cours des années 1980. Le **modèle québécois du processus de la production du handicap** (PPH) a été élaboré par une équipe de l'Université Laval, à Québec, dirigée par l'anthropologue Patrick Fougeyrollas. Le modèle québécois, qui a grandement contribué à l'examen et à l'amélioration éventuelle de la CIDIH, rejette l'explication de cause à effet linéaire de l'incapacité. Plutôt, il présente l'incapacité comme l'interaction entre trois types de facteurs : les facteurs personnels (âge, sexe et identité culturelle), les facteurs environnementaux (le contexte social dans lequel la personne vit) et les habitudes de vie (les activités quotidiennes de la personne).

Pour bien comprendre la notion de *handicap*, il faut savoir qu'elle réfère à l'interaction entre les *facteurs personnels* et les *facteurs environnementaux*. Ainsi, le modèle du PPH est novateur par sa pleine reconnaissance des facteurs environnementaux comme composante intégrée au processus de handicap. Outre la pleine reconnaissance de la perspective écologique et systémique de l'interaction personne/environnement, l'approche québécoise du PPH est distincte par la clarification de la segmentation entre les facteurs personnels (intrinsèques) et les facteurs situationnels (extrinsèques). Lorsque **les stratégies adaptations** requises sont mise en oeuvre (*facilitateurs*), la personne est en situation de **participation sociale**. À l'inverse, lorsque **des obstacles** empêchent ou limitent la réalisation de **ses activités courantes**, cette même personne se trouve en **situation de handicap**. L'atout majeur de **la classification québécoise** réside dans le choix d'un processus dynamique et équilibré dans lequel les dimensions personnelles sont prises en considération au même titre que les variables environnementales pour expliquer la qualité de la participation sociale.

Au printemps 2007, la loi définit la « **personne handicapée** » comme suit :

> « *Toute personne ayant une déficience entraînant une incapacité significative et persistante et qui est sujette à rencontrer des obstacles dans l'accomplissement d'activités* ***courantes***[xx] » est considérée comme une personne handicapée.

Le PPH met l'accent non plus sur une déficience permanente qui fait partie du système organique d'une personne, mais bien sur d'autres facteurs évolutifs qui ont un impact sur la participation de cette personne à la société. Selon la perspective du modèle québécois, l'incapacité dépend du contexte, de l'environnement dans lequel une personne

[xix] Statistique Canada.
[xx] Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées en vue de leur intégration scolaire, professionnelle et sociale, article 1 (L.R.Q., c. E-20.1).

vit et exerce ses activités quotidiennes. Si ce contexte est adapté à la personne, l'incapacité peut se modifier, voire disparaître.

Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) (OMS 2001) propose un modèle compliqué, mal fondé, non pédagogique et qui ne permet pas de distinguer clairement les relations de l'environnement avec ses concepts principaux. Le modèle québécois du PPH est donc un outil dont l'application apporte des changements de perspectives majeurs pour répondre aux défis et enjeux de l'organisation de services adéquats et efficients aux personnes présentant des déficiences et incapacités significatives et persistantes et vivant ou susceptibles de vivre des situations de handicaps.

Le PPH permet de façon équilibrée, pédagogique et pratique d'identifier les variables personnelles (systèmes organiques, aptitudes, identité socioculturelle), les variables environnementales sociales et physiques et les variables situationnelles selon les dimensions de la participation sociale.

« Une habitude de vie est une activité courante ou un rôle social valorisé par la personne ou son contexte socioculturel selon ses caractéristiques (l'âge, le sexe, l'identité socioculturelle, etc:). Elle assure la survie et l'épanouissement d'une personne dans sa société tout au long de son existence » (RIPPH 1998).

LE PPH

Le modèle du PPH présente les *facteurs de risque* susceptibles de provoquer une atteinte à l'intégrité ou au développement de la personne. Le modèle introduit à la fois les *aspects négatifs* (déficiences, incapacités, obstacles) et les *aspects positifs* (intégrité, capacités, facilitateurs) à l'intérieur des *facteurs personnels et environnementaux*. Les *facteurs de risque* regroupent des éléments associés à l'individu ou à l'environnement qui sont susceptible de provoquer une maladie, un traumatisme ou tout autre atteinte à l'intégrité de la personne (Fougerollas et collab., 1998).

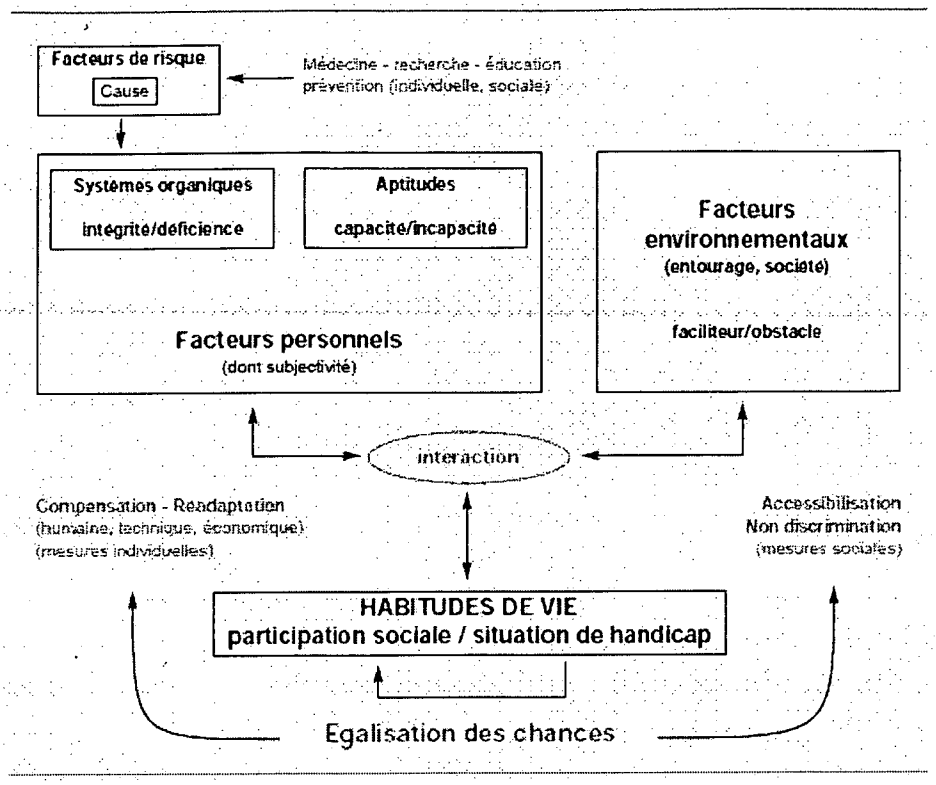


Figure 8 Conception actuelle des situations de handicap - Représentation des interventions visant à favoriser la participation sociale (M. Delcey, appui sur le PPH québécois).

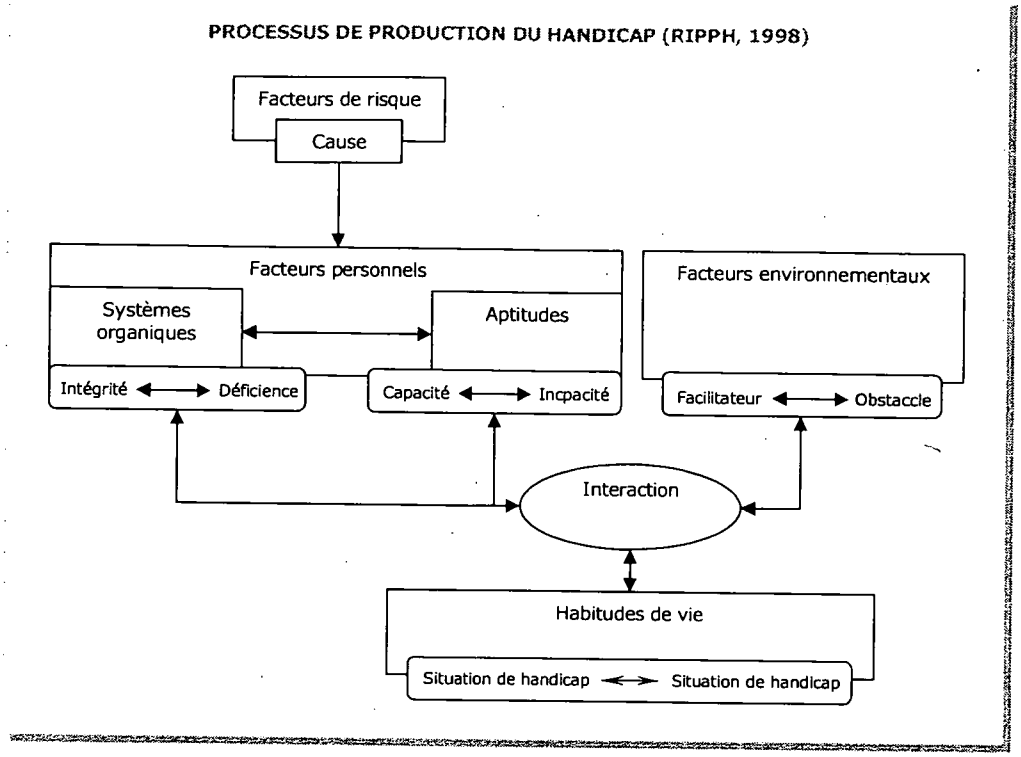


Figure 9 d'après la révision de la proposition québécoise de la classification : processus de production du handicap, CQCIDIH-SCCIDIH, 1996).

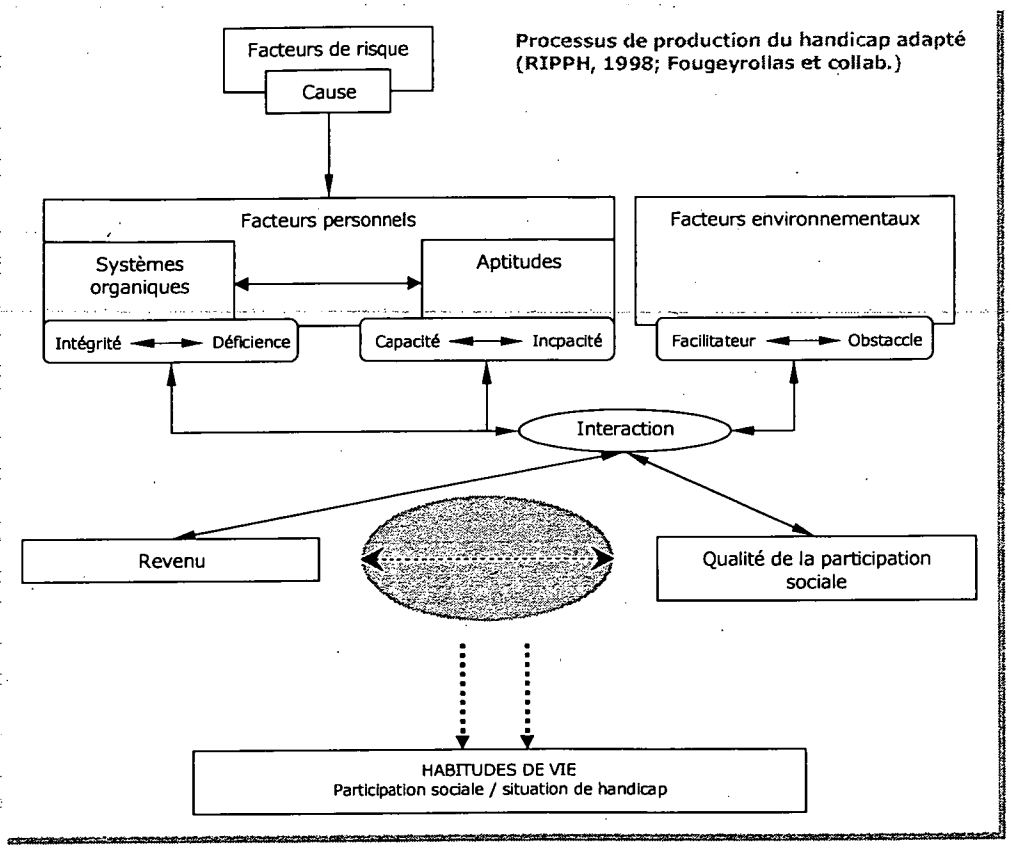
DU PPH ET DE LA PAUVRETE

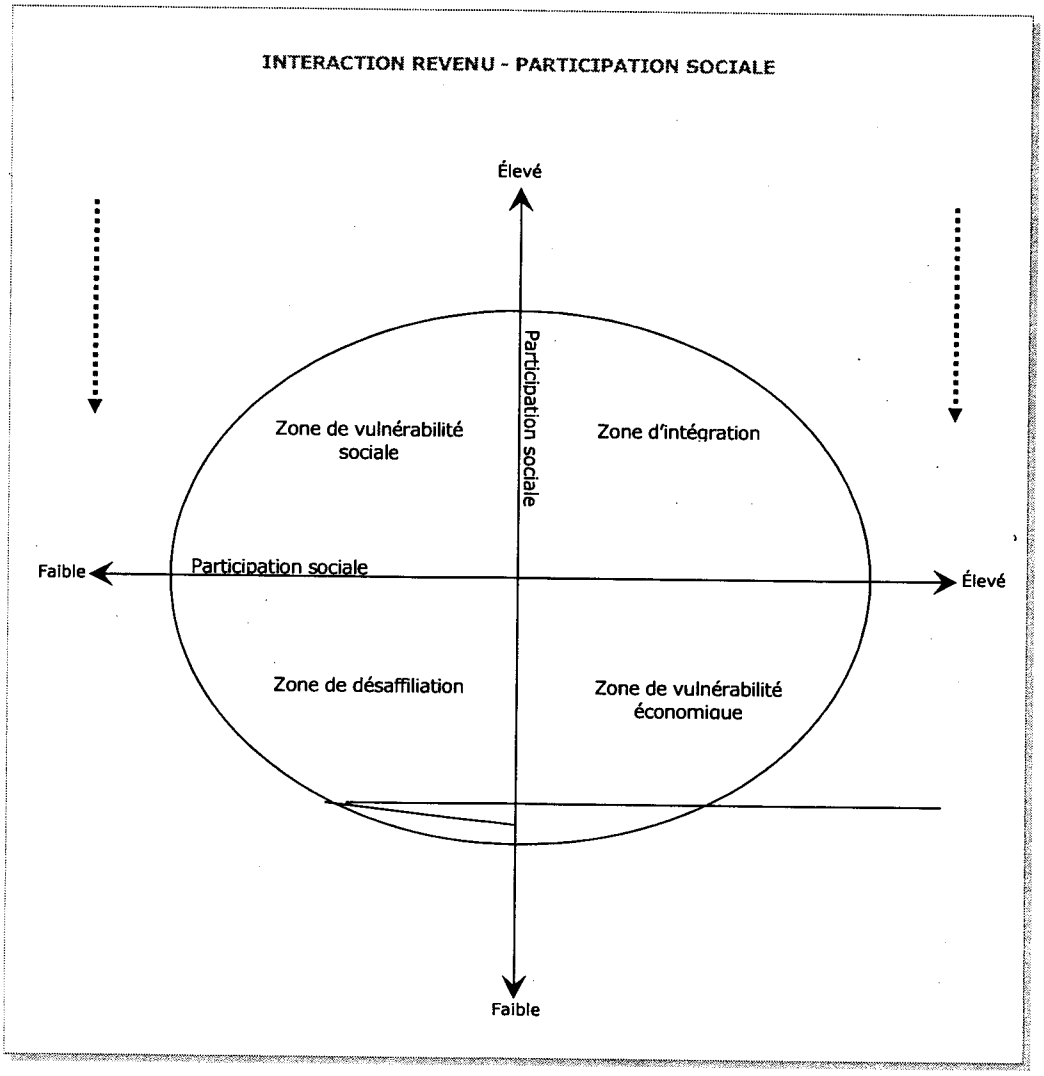
En 2005, dans l'étude « *Les personnes ayant des incapacités : encore plus pauvres et à part..qu'égales : les facteurs personnels et environnementaux associés à l'appauvrissement des personnes ayant des incapacités et de leur famille*[18] », utilise un cadre conceptuel qui est issu de la combinaison de deux modèles conceptuels. Le modèle du *Processus de production du handicap* (PPH) de Fougeyrollas et collab. (1998), développé et validé au Québec dans le cadre des travaux de révision de la *Classification internationale des déficiences, incapacités et handicaps réalisés par l'Organisation mondiale de la santé* (WHO, 1980).

Dans le cadre de cette étude, un modèle adapté du PPH est élaboré en y intégrant une deuxième variable dépendante issue du processus de paupérisation[xxi], soit celle du revenu, issue d'un modèle conceptuel spécifiquement relié à l'étude de la pauvreté selon les processus d'intégration et d'exclusion sociale des personnes. *Le modèle de Castel* (1991) explique le processus de *paupérisation par la désaffiliation* qui est la résultante d'un double processus dynamique : 1° de l'intégration à l'exclusion du travail, 2° de l'insertion à l'isolement « *socio-relationnel* ». Conséquemment, le modèle conceptuel du *Processus de production du handicap adapté* (PPHA) a été retenu pour visualiser les deux variables dépendantes à l'étude, le revenu et la participation sociale, ainsi que leur interaction illustrée selon *le modèle adapté de Castel*.

[xxi] Appauvrissement progressif et continu d'une population, d'une classe sociale, d'un groupe humain.

Processus de production du handicap adapté (RIPPH, 1998; Fougeyrollas et collab.)





DU MODELE SOCIAL ET DES DROITS DE LA PERSONNE

Il existe de nombreuses variations du **modèle social**, mais elles décrivent toute incapacité comme une fabrication sociale créée par des environnements entièrement axés sur la capacité. Le **modèle social** rejette la causalité linéaire. Selon ce modèle, même si la déficience a une réalité objective associée à l'organisme ou à l'esprit, l'incapacité est davantage attribuable au fait que la société ne tient pas compte des besoins des personnes handicapées.

Le modèle des droits de la personne est un sous-groupe distinct du **modèle social** qui décrit l'incapacité comme une fabrication sociale. Le **modèle des droits de la personne** se distingue du **modèle social** en ce qu'il met d'abord l'accent sur la dignité inhérente de la personne en tant qu'être humain (et ensuite, mais pas toujours, sur les incapacités physiques ou mentales de la personne).

DE L'EXERCICE DES DROITS DES PERSONNES HANDICAPÉES

Selon l'esprit et la lettre de la loi, les personnes handicapées sont considérées « au même titre que tous les citoyens. » (Article 1.1)

En 1978, le gouvernement du Québec adopte *la Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées*, instituant *l'Office des personnes handicapées du Québec* (OPHQ). Le 13 décembre 2002, le gouvernement du Québec annonce qu'il révise *la Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées*.

Historique

- Projet de loi en 1997 : mis en veilleuse ;
- Avant projet de loi en 2000 : tabletté ;
- Livre blanc en 2001 : tabletté ;
- Tournée d'écoute en 2002 (boycottée par le mouvement associatif).
- Cette loi a été modifiée substantiellement en décembre 2004 et a reçu une nouvelle désignation : *Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées en vue de leur intégration scolaire, professionnelle et sociale*[xx].

L'OBJETS DE LA LOI[xx]

« La présente loi vise à assurer *l'exercice des droits des personnes ayant des limitations fonctionnelles* et à favoriser leur inclusion pleine et entière à la société au même titre que tous les citoyens en prévoyant diverses mesures visant les personnes ayant des limitations fonctionnelles et leurs familles, leur milieu de vie ainsi que le développement et l'organisation de ressources à leur égard. À cette fin, la *Loi assurant l'exercice des droits des personnes ayant des limitations fonctionnelles* et modifiant d'autres dispositions législatives est une loi « cadre » qui :

La personne handicapée, un citoyen comme les autres.

« **À PART...ÉGALE**[17] » est proposée à tous comme un manifeste issu de l'urgence de la situation des Québécoises et Québécois handicapés et un instrument collectif que chacun doit s'approprier pour façonner de nouvelles règles du jeu, sans discrimination ni privilège !

« **À PART...ÉGALE** » demeure à la base des interventions nécessaires pour assurer aux personnes handicapées les conditions l'exercice de leurs droits, sans discrimination ni privilège.

L'enjeu de « **À PART...ÉGALE** », c'est autre chose que de l'argent neuf !

« **À PART...ÉGALE** » marque une étape décisive dans la démarche du gouvernement du Québec.

- Sous la responsabilité politique du Premier ministre du Québec, met en œuvre une véritable stratégie gouvernementale, à l'égard des personnes ayant des limitations fonctionnelles, de leur famille et de leurs proches, basée, entre autres, sur les principes suivants : l'inclusion pleine et entière, la participation sociale, le droit à l'égalité, le droit à l'accommodement et à son application ainsi que la reconnaissance et la pleine compensation des coûts liés aux incapacités.

- S'assure, d'une part, de l'actualisation des 15 orientations de la Politique d'ensemble **« À part...égale[17] »**, adoptés par le Gouvernement du Québec, en 1985, comme objectifs fondamentaux de l'action gouvernementale envers les personnes ayant des limitations fonctionnelles, les 15 orientations étant:

  - ENVERS LES PERSONNES HANDICAPÉES
    - Le respect de la différence ;

- L'autonomie : libre choix et responsabilité ;
- La participation des personnes handicapées aux décisions individuelles et collectives ;
- Une qualité de vie décente pour les personnes handicapées ;
- La reconnaissance d'une approche qui considère la personne handicapée dans son ensemble ;
- Le plus grand développement des capacités des personnes handicapées ;
- La participation à part entière des personnes handicapées à la vie sociale ;

❖ ENVERS LE MILIEU

- La protection maximale contre les facteurs de risque d'apparition de déficiences physiques et mentales ;
- L'adaptation du milieu aux besoins des personnes handicapées, sans discrimination ni privilège ;

❖ ENVERS LE DÉVELOPPEMENT ET L'ORGANISATION DES RESSOURCES

- La priorité aux ressources et services assurant le maintien ou le retour des personnes handicapées dans leur milieu de vie naturel ;
- L'autosuffisance régionale des ressources selon le besoin des personnes handicapées ;
- L'articulation effective des ressources locales, régionales et nationales selon les nécessités ;
- La coordination continue pour la gestion et la complémentarité des ressources ;
- La permanence et l'intégration maximale des services ;
- La participation active des personnes handicapées à la gestion des services ;

- Et introduit, d'autre part, une clause d'impact, spécifiant que toute politique, toute loi ou tout règlement adoptés par le gouvernement et par toute instance, régionale, municipale et locale ainsi que tout service public offert, tout programme, tout guide et toute directive appliqués par le gouvernement et ces mêmes instances, doivent être examinés à la lumière de leur effet sur l'inclusion pleine et entière et le droit à l'égalité des personnes ayant des limitations fonctionnelles et sur les écarts. Cette clause doit permettre de contrer toute forme d'exclusion systémique et faire en sorte que les décisions de l'État ne puissent aller à l'encontre des fins poursuivies par la loi.

L'OBLIGATION D'ACCOMMODEMENT

« Toute personne a droit à la reconnaissance et à l'exercice, en pleine égalité, des droits et libertés de la personne, sans distinction, exclusion ou préférence fondée sur la race, la couleur, le sexe, la grossesse, l'orientation sexuelle, l'état civil, l'âge sauf dans la mesure prévue par la loi, la religion, les

convictions politiques, la langue, l'origine ethnique ou nationale, la condition sociale, le handicap ou l'utilisation d'un moyen pour pallier ce handicap[xxii] ».

La Charte des droits et libertés de la personne, loi ayant un caractère prépondérant sur les lois québécoise[xxiii], reconnaissent le droit é l'égalité, sans discrimination fondée sur le handicap ou l'utilisation d'un moyen pour pallier ce handicap[xxiv]. Le concept d'accommodement raisonnable sans contrainte excessive fait partie intégrante du droit à l'égalité. Or, ce concept a pour effet d'obliger tout employeur ou tout fournisseur de service assujetti aux obligations découlant de la Charte à prévoir, dans ses normes d'embauche ou de prestation de service, qu'un accommodement ne constitue une contrainte excessive.

La Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse (CDPDJ) propose la définition suivante de l'obligation d'accommodement :

> « *[...] l'obligation de prendre des mesures en faveur de certaines personnes présentant des besoins spécifiques en raison d'une caractéristique liée à l'un ou l'autre des motifs de discrimination prohibés par la Charte. Ces mesures visent à ce que des règles en apparence neutres n'aient pas pour effet de compromettre, pour elles, l'exercice d'un droit en toute égalité*[19] ».

L'obligation d'accommodement s'applique ainsi pour la reconnaissance, en pleine égalité, des droits de la personne sans distinction ou exclusion fondée sur « le handicap ou l'utilisation d'un moyen pour pallier ce handicap ».

La Cour suprême du Canada définit la nature et l'étendue de l'obligation d'accommodement :

- L'obligation d'accommoder n'a pas un caractère absolu. L'accommodement doit être « **raisonnable** », c'est-à-dire ne pas imposer à son débiteur une « contrainte excessive » ;
- Il n'y a pas lieu de définir de façon exhaustive ce qu'il faut entendre par « **contrainte excessive** ». Différents facteurs peuvent entrer en ligne de compte en fonction des faits de chaque cas ;
- Il faut plus que des efforts négligeables pour remplir l'obligation d'accommodement raisonnable ; celle-ci se traduit généralement par une certaine contrainte pour le débiteur.

Les réponses aux demandes d'accommodations respecteront les deux principes suivants :

- Le ministère ou l'organisme prend les mesures requises pour assurer un service de qualité aux personnes handicapées, en utilisant des moyens de communication adaptés qui permettent de répondre adéquatement aux besoins de ces personnes ;
- Le ministère ou l'organisme ne peut, en aucun cas, exiger aux personnes handicapées des frais supplémentaires associés à l'adaptation d'un document ou d'un service offert au public.

POUR ASSURER L'ACCES AUX DOCUMENTS OFFERTS AU PUBLIC

- À la demande d'une personne handicapée, le ministère ou l'organisme concerné fournit le ou les documents en formats adaptés;
- Le ministère ou l'organisme respecte le choix du format adapté demandé par la personne handicapée et honore cette préférence, dans la mesure du possible ;

[xxii] L.R.Q., c. E-20.1, article 10.
[xxiii] L.R.Q., c. C-12, article 52.
[xxiv] *Idem*, article 10.

- Dans l'éventualité où le choix de la personne handicapée ne peut être satisfait, le ministère ou l'organisme s'efforce de lui fournir le document demandé dans un format qui lui est accessible et qu'elle peut utiliser. Dans ce cas, le ministère ou l'organisme public communique avec la personne handicapée afin de convenir d'une solution.

POUR ASSURER L'ACCES AUX SERVICES OFFERTS AU PUBLIC

- À la demande d'une personne handicapée, le ministère ou l'organisme lui offre un service d'assistance pour lui permettre d'accomplir les démarches administratives nécessaires à la prestation d'un service offert;

- Le ministère ou l'organisme s'assure que les locaux où sont offerts ses services sont physiquement accessibles aux personnes handicapées. Lorsqu'il n'est pas raisonnablement possible d'assurer l'accessibilité de ses locaux, le ministère ou l'organisme prévoit des moyens alternatifs pour permettre aux personnes handicapées, dans le respect de leur dignité, d'avoir accès à ses services ;

- Le ministère ou l'organisme qui offre des services directement à la population ou qui est le principal responsable d'une activité s'assure de l'assistance d'interprètes.

POUR UNE BONNE COMMUNICATION DONNANT ACCES A UNE INFORMATION OU A UN SERVICE

Lorsqu'une personne handicapée le requiert, le ministère ou l'organisme voit à lui offrir un moyen de communication adapté adéquat.

RECOURIR AUX MOYENS DE COMMUNICATION ADAPTES DANS LE BUT DE COMMUNIQUER AISEMENT ET EFFICACEMENT AVEC LES PERSONNES HANDICAPEES

- Former les employés qui communiquent avec le public au téléphone à l'utilisation de méthodes efficaces, facilitant la conversation avec les personnes ayant des difficultés à communiquer ou à comprendre les subtilités du message, et les informer des caractéristiques et des besoins liés aux incapacités de ces personnes ;

- S'assurer que le personnel en contact avec le public, y compris lors de la tenue d'événements publics, connaît et sait utiliser les différents moyens de communication adaptés disponibles et la procédure à suivre pour les obtenir, le cas échéant ;

- Accepter la présence d'une personne accompagnant une personne handicapée, lorsque c'est nécessaire pour obtenir l'information ou le service requis.

- Profiter des avancées technologiques pour faciliter et enrichir la communication avec les personnes handicapées.

DÉFINITIONS QUÉBECOISE DU HANDICAP

Extraits du Guide d'accessibilité et d'adaptation des services gouvernementaux : *Les services de l'État, c'est aussi pour les personnes handicapées*[20], pages 5 à 8.

Pour rendre compte de la réalité des personnes ayant des incapacités, dont font partie les personnes handicapées, il est nécessaire de comprendre et de distinguer différentes notions. Il faut souligner que le vocabulaire relatif à la

notion de personne handicapée a considérablement évolué au cours des dernières décennies et qu'il est pertinent de se référer à des écrits récents en cette matière.

Au Québec, *les définitions* contenues dans la politique d'ensemble **« À part... égale »**[21] font l'objet, depuis 1984, d'un large consensus. Ces *définitions* se sont précisées au cours des dernières années. En effet, d'importants travaux, sous l'égide de *l'Organisation mondiale de la santé*, ont mené à l'élaboration d'une *classification internationale des déficiences*, incapacités et handicaps.

Le Québec a joué un rôle important dans les discussions internationales entourant cette classification. Un modèle conceptuel québécois et une classification correspondante sont d'ailleurs issus de ces travaux. Ce modèle constitue le *cadre de référence* le plus intéressant à notre disposition pour décrire la population ayant des incapacités. Les principaux concepts s'y rattachant sont : *la déficience, l'incapacité, les facteurs environnementaux, la réalisation des habitudes de vie*, de même que les concepts de *participation sociale* et de *situation de handicap*. Ce sont ces concepts que *l'Office des personnes handicapées du Québec* et plusieurs de ses partenaires reconnaissent et dont ils font la promotion pour favoriser une compréhension commune de ce qui constitue un *processus de production du handicap*[22].

Les concepts de *déficience* et *d'incapacité* réfèrent à des réalités propres au corps et à l'esprit d'un individu. Il s'agit de *facteurs personnels*. *Une déficience* se définit essentiellement par l'atteinte à l'intégrité d'un système organique et une **incapacité** réfère à la **réduction d'une aptitude**, c'est-à-dire la possibilité pour une personne d'accomplir une activité physique ou mentale.

Le concept *d'habitudes de vie* correspond à la réalisation d'activités courantes ou de rôles sociaux. La pleine réalisation de ces habitudes de vie correspond à une situation de participation sociale alors que l'impossibilité de les réaliser pleinement constitue plutôt *une situation de handicap*.

Les éléments de l'environnement (*facteurs environnementaux*) peuvent agir comme *obstacles* ou *facilitateurs* de la réalisation d'une *habitude de vie*. Les *facteurs environnementaux* comprennent des dimensions sociales (organisation sociale, valeurs, etc.) et des dimensions physiques (accessibilité architecturale, signalisation, etc.). Dans ce cadre, c'est *l'interaction* entre *les facteurs personnels* (déficience et incapacité) et *les facteurs environnementaux* qui facilite ou empêche la réalisation d'une *habitude de vie* et qui occasionne ou non une *situation de handicap*.

En d'autres mots, *la situation de handicap* ne réfère pas uniquement aux facteurs personnels de l'individu, mais principalement à la réponse du milieu à ses besoins et aspirations, compte tenu de ses caractéristiques personnelles.

Dans ce contexte, il est possible de réduire ou d'éliminer les situations de handicap malgré la permanence de la déficience ou des incapacités d'une personne : il s'agit d'intervenir sur les facteurs environnementaux, de manière à faciliter la réalisation des habitudes de vie. L'organisation des services gouvernementaux et la façon de rendre les services constituent des facteurs environnementaux.

En conséquence, il est possible pour les ministères et les organismes gouvernementaux de réduire ou même d'éviter *des situations de handicap* aux personnes ayant *des incapacités*, notamment en améliorant l'accessibilité des lieux, en recourant à des moyens spéciaux de communication, en adoptant des attitudes appropriées, de manière à prendre en compte les situations particulières de ces personnes.

Quant à la notion de *personne handicapée* au sens de la *Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées en vue de leur intégration scolaire, professionnelle et sociale*, elle correspond à *« toute personne ayant une déficience entraînant une incapacité significative et persistante et qui est sujette à rencontrer des obstacles dans l'accomplissement d'activités courantes*[23] *»*.

Ainsi, une personne *handicapée* présente nécessairement *une incapacité* et se trouve incluse dans la population plus large des personnes ayant des incapacités. En contrepartie, une personne ayant *des incapacités* qui n'est pas limitée dans l'accomplissement d'activités normales n'est pas considérée comme *handicapée*.

Toutes les personnes ayant des incapacités sont susceptibles de subir *des contraintes* à différents niveaux et de se voir confrontées éventuellement à *des situations de handicap*. Il peut s'agir par exemple de difficultés d'intégration sociale ou de besoins particuliers (besoins de santé, de réadaptation ou de soutien à domicile). Ces personnes constituent ainsi la population de référence qui peut avoir besoin de certaines adaptations pour réduire ou éviter *les situations de handicap* les empêchant d'exercer pleinement leur citoyenneté.

OBLIGATION D'ACCOMODATION

Le droit à l'égalité est affirmé dans la *Charte des droits et libertés de la personne du Québec*. « *Toute personne a droit à la reconnaissance et à l'exercice, en pleine égalité, des droits et libertés de la personne, sans distinction, exclusion ou préférence fondée sur la race, la couleur, le sexe, la grossesse, l'orientation sexuelle, l'état civil, l'âge sauf dans la mesure prévue par la loi, la religion, les convictions politiques, la langue, l'origine ethnique ou nationale, la condition sociale, le handicap ou l'utilisation d'un moyen pour pallier ce handicap* » (article 10).

L'obligation d'accommodement est une conséquence naturelle du droit à l'égalité. Elle découle de l'idée suivant laquelle identité de traitement n'équivaut pas nécessairement à égalité de traitement. Autrement dit, le droit à l'égalité pour une personne qui se trouve dans une situation différente de la majorité peut exiger le recours à des mesures dites d'accommodement.

L'obligation d'accommodement s'applique ainsi pour la reconnaissance, en pleine égalité, des droits de la personne sans distinction ou exclusion fondée sur « le handicap ou l'utilisation d'un moyen pour pallier ce handicap ».

DE LA JURISPRUDENCE

1. « La discrimination fondé sur le handicap peut découler autant de perceptions, de mythes ou de stéréotypes que de l'existence de limitations fonctionnelles réelles. Ils ne faut pas enferme la notion de handicap dans une définition étanche et dépourvue de souplesse : plutôt que sur la seule condition biomédicale, il faut mettre l'accent sur la dignité humaine, le respect de la personne et le droit à l'égalité. Les tribunaux doivent tenir compte des circonstances dans lesquelles une distinction est faite, le handicap pouvant résulter d'une limitation physique, d'une affection, d'une construction sociale, d'une perception sociale ou d'une combinaison de tous ces facteurs. L'État de santé peut constituer un handicap et une distinction fondée sur la possibilité réelle ou perçue que l'individu puisse développer un handicap est prohibée. L'accent doit être mis sur les obstacles à la pleine participation dans la société plutôt que sur la condition ou l'état de l'individu[xxv]. » ;

2. « la durée n'est pas un élément essentiel du handicap. Ainsi, un syndrome « *anxio-dépressif* » temporaire peut être un handicap. Un retour progressif au travail, étalé durant une certaine période, peut être dans un tel cas une mesure d'accommodement requise[xxvi]. » ;

3. Notons que « la dépendance aux drogues ou à l'alcool est un handicap[xxvii]. » ;

[xxv] Québec (Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse) c. Montréal (ville), (2000) 1 R.C.S. 665; 2000 CSC 27.

[xxvi] Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse c. Société de portefeuille du groupe Desjardins (Assurance générales des Caisses Desjardins Inc.), (1997) R.J.Q. 2049 (T.D.P.).

[xxvii] Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse c. Doucet, (1999) R. J. Q. 2151; J.E. 99-1540; REJB 1999-14100 (T.D.P.).

4. Notons qu' « une anomalie, une déficience physique ou psychique, réelle ou perçu comme telle, suffit pour jouir de la protection de l'article 10 de la *Charte des droits et libertés de la personne*[xxviii]. [...] ». Notons que la charte est une loi d'ordre public ;

5. l'expression « *moyen pour pallier ce handicap* » doit être interpréter de façon large et libérale afin d'y inclure l'équipement, tel qu'un fauteuil roulant, mais aussi toute formes de mesures raisonnables pour qu'une personne handicapée puisse exercer ses droits[xxix]. » ;

6. « Le choix du moyen pour palier le handicap appartient à la personne handicapée et à personne d'autre[xxx]. [...] » ;

7. « celui dont l'acte ou la pratique est à première vue discriminatoire doit pouvoir se justifier en prouvant, selon la prépondérance des probabilités, que son acte ou sa pratique est raisonnablement nécessaire parce que l'accommodement constituerait en l'occurrence une contrainte excessive. En matière de handicap, cette obligation implique une évaluation des capacités individuelles de chaque personne[xxxi]. [...] » ;

LES RECOURS

Toute personne handicapée peut porter plainte auprès du mécanisme de traitement des plaintes du ministère ou de l'organisme concerné. Elle peut également s'adresser au *Protecteur du citoyen* ou à *la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse*, même si elle n'a pas eu recours au mécanisme de traitement des plaintes.

L'Office des personnes handicapées du Québec est responsable du suivi et de la révision de la politique, en collaboration avec le ministère des Services gouvernementaux[xxxii]. L'OPHQ joue un rôle-conseil et un rôle de coordination à cet égard auprès des ministères et des organismes visés.

LA PORTÉE DE LA PRÉSENTE POLITIQUE AU REGARD DE LA LOI SUR L'ACCÉS AUX DOCUMENTS DES ORGANISMES PUBLICS ET SUR LA PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Selon *la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels*[xxxiii], désignée ci-après Loi sur l'accès, il faut souligner que les articles 10 et 84 de la Loi sur l'accès[xxxiv] prévoient la disposition suivante :

> *« Lorsque le requérant est une personne handicapée, des mesures d'accommodement raisonnables doivent être prises, sur demande, pour lui permettre d'exercer le droit d'accès prévu par la présente section. À cette fin, l'organisme public tient compte de la politique établie en vertu de l'article 26.5 de la Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées en vue de leur intégration scolaire, professionnelle et sociale ».*

[xxviii] Québec (Gouvernement du) et Syndicat de professionnelles du gouvernement du Québec, D.T.E. 98T-890 (T.A.). Voir également : centre hospitalier de l'Université de Montréal (Pavillon HÔTEL-DIEU) et Syndicat des infirmières et infirmiers de l'HÔTEL-DIEU (F.I.I.Q.), (1999) R.J.D.T. 1494; D.T.E. 99T-624 (T.A.), au sujet des problèmes d'anxiété chronique.
[xxix] Québec (Comm. des droits de la personne) c. Restaurant Scampinata Inc., (1996) 23 C.H.R.R.D/392 (T.D.P.Q.).
[xxx] Commission des droits de la personne c. 2858029 Canada Inc. J. E. 95-2224 (T.D.P.).
[xxxi] Commission des droits de la personne du Québec c. Corp. du Collège Notre-Dame du Sacré-Cœur, (2002) R.J.Q. 5; J.E. 2002-46; REJB 2001-27390 (C.A.).
[xxxii] Rappelons que la Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées en vue de leur intégration scolaire, professionnelle et sociale prévoit que : « *Le ministre doit, au plus tard le 17 décembre 2009 et par la suite tous les cinq ans, veiller à ce que la mise en oeuvre de la présente loi fasse l'objet d'un rapport indépendant* » (article 74.2). La présente politique fera donc l'objet d'un bilan et pourra être révisée selon les besoins.
[xxxiii] L.R.Q., c. A-2.1.
[xxxiv] Tels que modifiés par la Loi modifiant la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels et d'autres dispositions législatives (L.Q. 2006, c. 22).

MISE A JOUR DE LA LOI ET RESPONSABILITE DU MESS

En décembre 2004, par la mise à jour de *la Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées en vue de leur intégration scolaire, professionnelle et sociale*, le gouvernement a voulu donner une impulsion nouvelle à l'action gouvernementale favorisant l'intégration des personnes handicapées à la société québécoise.

De nouvelles dispositions ont été introduites afin notamment d'améliorer le niveau d'emploi des personnes handicapées. L'une de ces dispositions confère à *la ministre de l'Emploi et de la Solidarité sociale* la responsabilité d'élaborer et de mettre en œuvre une stratégie favorisant l'intégration et le maintien en emploi des personnes handicapées.

La stratégie nationale pour l'intégration et le maintien en emploi des personnes handicapées vise les personnes qui ont *une déficience* entraînant *une incapacité significative et persistante* et qui sont sujettes à rencontrer des *obstacles* dans *l'accomplissement d'activités courantes*, conformément à l'article 1g de *la Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées* en vue de leur intégration scolaire, professionnelle et sociale. Cette stratégie pourrait également être profitable aux personnes qui ne répondent pas tout à fait à cette définition, mais qui, dans le cadre précis de l'exercice d'un emploi, se retrouvent en **« situation de handicap »**.

CONCLUSION

Le Québec et les travaux reliés au processus de handicap ont rayonné de façon remarquable sur le plan international s'inscrivant dans le courant innovateur d'exercice des droits de la personne et de lutte pour l'égalisation des chances des personnes présentant des différences fonctionnelles. Le caractère francophone des travaux a facilité les alliances avec l'Europe francophone et en particulier, la France. À titre d'exemple, le P.P.H. est adopté comme modèle de référence par l'Association française des ergothérapeutes depuis 2000 et des réseaux de collaboration sont actifs en France, Belgique et Suisse (Riedmatten R. et collab., 2001).

Un autre atout du P.P.H. est étroitement lié à la connexion de son équipe de conception et de soutien (CQCIDIH/RIPPH) avec le mouvement de promotion des droits des personnes handicapées. Issu de militants québécois comme Mario Bolduc et lié à l'historique de l'OPHQ et de changement social de **« À part...égale »**, ceci a permis d'assurer une liaison dynamique avec les tenants du modèle sociopolitique du handicap.

Il semble que les engagements des ministères et des organismes sont concrets, pragmatiques. Ils sont par ailleurs fondés sur des valeurs qui doivent marquer l'offre de services publics au quotidien : la courtoisie, le respect, la célérité, l'assistance, l'impartialité, l'équité, la confidentialité.

Ces qualités sont importantes pour tous les citoyens, quelle que soit leur condition. Elles prennent toutefois tout leur sens pour des personnes handicapées qui rencontrent encore trop souvent *des obstacles*. Pour cette raison, les ministères et les organismes apporteront un soin particulier à servir nos concitoyennes et concitoyens qui ont des besoins particuliers. C'est là une condition à respecter pour que le Québec puisse profiter de la participation et de la contribution de tous ses citoyennes et citoyens.

Finalement, dans de nombreux domaines, le Québec applique actuellement la **Classification québécoise PPH**, et la stratégie d'expérimentation dans les champs de la réadaptation et de l'intégration sociale et de publication patiente dans les revues scientifiques permet d'ébranler peu à peu les apparentes impossibilités des **« barrages idéologiques et institutionnels »** du reste des provinces du Canada.

Un réseau de services intégrés

Chapitre basé sur « *rapport sur les services en santé mentale (adulte) : des partenaires... un réseau* » par le comité régionale de soutien à la transformation et à la consolidation des services en santé mentale – services aux adultes, présenté à la direction générale de la régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec, 2002.

la loi sur les services de santé et les services sociaux prévoit : article 4 - « *toute personne a le droit d'être informée de l'existence des services et des ressources disponibles dans son milieu en matière de santé et de services sociaux ainsi que des modalités d'accès à ces services et à ces ressources* » ; article 5 - « *toute personne a le droit de recevoir des services de santé et des services sociaux adéquats sur les plans à la fois scientifique, humain et social, avec continuité et de façon personnalisée* » ; article 6 - « *toute personne a le droit de choisir le professionnel ou l'établissement duquel elle désire recevoir des services de santé ou des services sociaux. dans la présente loi ne limite la liberté qu'a un professionnel d'accepter ou non de traiter une personne* » ; et l'article 105 - « *l'établissement détermine les services de santé et les services sociaux qu'il dispense de même que les diverses activités qu'il organise, en tenant compte de la mission de tout centre qu'il exploite et des ressources disponibles et conformément aux plans régionaux d'organisation de services élaborés par la régie régionale* ».

La personne ayant un problème de santé mentale est aussi parfois un usager du réseau des services de santé et des services sociaux et, à ce titre, elle a des droits et des obligations qui sont clairement encadrées par les lois compétentes. Si la première ligne est la porte d'entrée du système de soins, lieu des soins médicaux généraux, la deuxième ligne est le lieu privilégié des soins spécialisés, travaillant à l'interface avec la première ligne tant pour le dépistage des troubles mentaux complexes qui la concernent et pour l'accessibilité à ses services, que pour le maintien, le soutien et le retour à la première ligne.

Les services de **santé mentale** doivent être structurés de manière à s'intégrer le plus possible aux services généraux de santé et aux services psychosociaux. La définition d'un réseau de services intégrés en **santé mentale** : « *une offre de services et de soutien, de traitement et de réadaptation variée et continue, majoritairement accessible dans la communauté (c'est-à-dire dans les milieux de vie) et sur la base d'un territoire local, par un ensemble d'organisations qui coordonnent leurs actions tant du point de vue fonctionnel que clinique et imputables de répondre aux différents besoins des personnes aux prises avec des problèmes majeurs de santé mentale ainsi qu'à ceux de leur famille et de leurs proches* ».

Ce réseau de services intégrés, trouverais ses assises dans un **modèle théorique québécois** : le **processus de production du handicap (PPH)**. Le **processus de production du handicap**, comme **modèle explicatif** des causes et des conséquences des maladies, traumatismes et autres atteintes à 'intégrité et au développement de la personne, propose une lecture de la réalité des personnes présentant un problème de santé.

Le mérite de cette lecture est de s'appuyer sur un modèle du développement humain applicable à tous. Cette orientation théorique apporte donc un éclairage pédagogique utile, axé sur l'ouverture et la pleine participation sociale des personnes, et rejoint ainsi le principe d'appropriation du pouvoir d'agir.

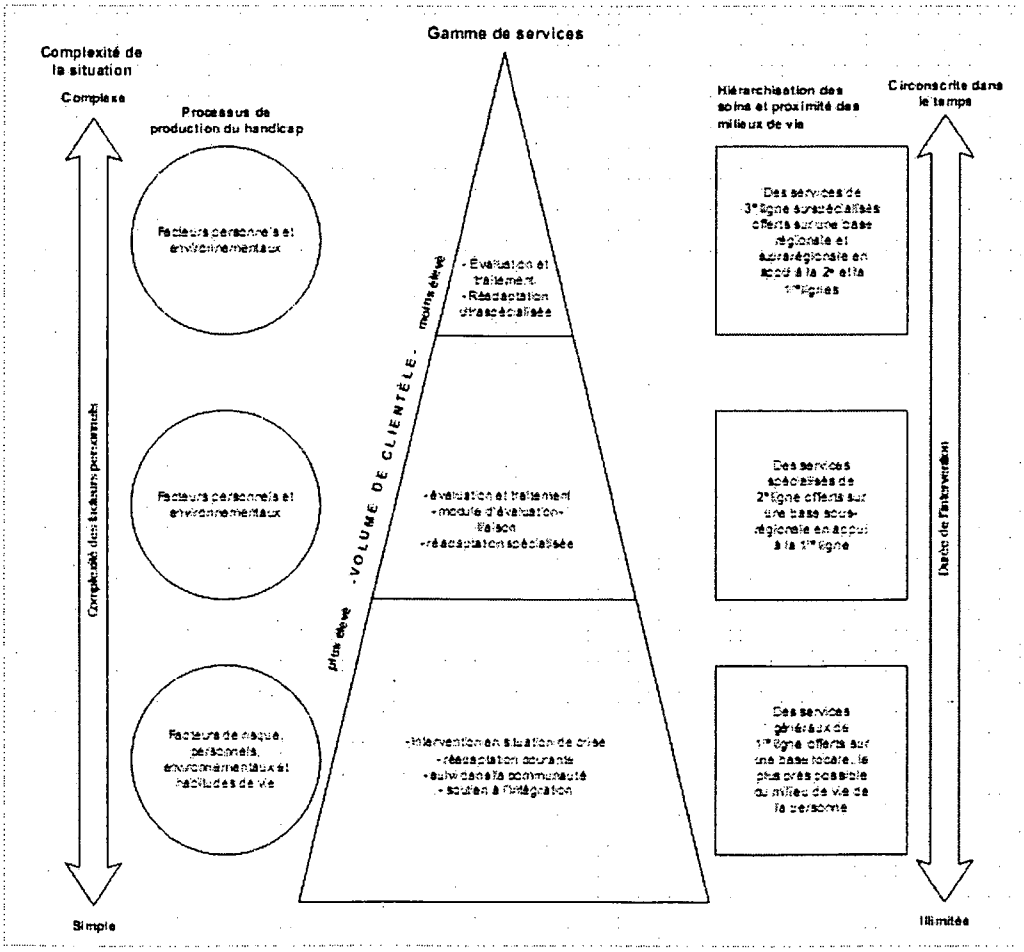
Enfin, le modèle du **PPH** peut être transposé à une organisation de services intégrés basés sur le principe de la hiérarchisation des soins. Le **modèle conceptuel** est un outil pratique qui nous aide à comprendre l'ensemble du processus de développement humain et les variables influençant le *processus de production du handicap*. Le modèle du **PPH** sera introduit au Québec comme grille de lecture et d'analyse de la réalité des personnes en situation de handicap et visant une pleine **participation sociale**.

Valeurs et principes en lien avec l'organisation des services :

- l'accessibilité des services ;
- la continuité des services ;

- le partage, le développement (recherche) et la transmission (enseignement) des connaissances ;
- la responsabilisation des établissements en lien avec leur mission ;
- l'imputabilité des divers dispensateurs de soins ;
- un partenariat dans le respect de l'autonomie et de l'expertise des partenaires ;
- l'efficacité et l'efficience des soins et les services.

ORGANISATION DES SERVICES INTÉGRÉS ET PPH



L'INTERVENANT-PIVOT

Au nombre des **services de proximité**, une mesure nous semble particulièrement mobilisatrice au regard des mesures de soutien communautaire : l'**intervenant-pivot territorial**.

L'intervenant-pivot territorial a la responsabilité d'établir avec l'utilisateur des services qui le requièrent, un **plan de service individualisé (PSI)**, de négocier et de coordonner au besoin les services planifie avec les

prestateurs, de s'assurer que ces services soient rendus et qu'ils soient réajusté en fonction de l'état de l'utilisateur des services. Il est le « chef d'orchestre » du **PSI**, il a une vue d'ensemble de la situation du client, maintient constamment cette vue d'ensemble et a une bonne connaissance de chaque partition, c'est-à-dire du rôle de chaque professionnel implique auprès du client. Cette approche est donc très près des modèles de **« case management »** ou de suivi systématique de la clientèle

Compte tenu du caractère diversifié des organisations, des interventions et des professionnels en présence, l'intervenant-pivot doit croire fondamentalement au travail interdisciplinaire. Il doit connaitre et respecter la spécificité de chacun des professionnels impliqués.

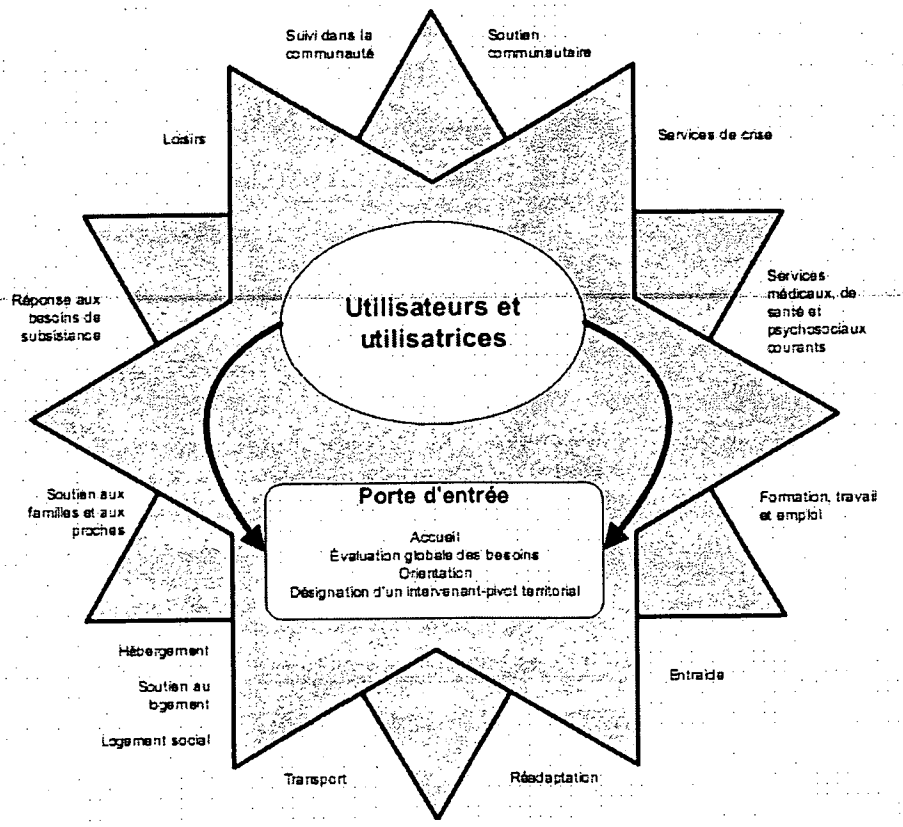
Intervenant-pivot territorial doit donc finalement s'assurer de la continuité des services nécessaires à l'utilisateur des services.

NOMENCLATURE DES SERVICES

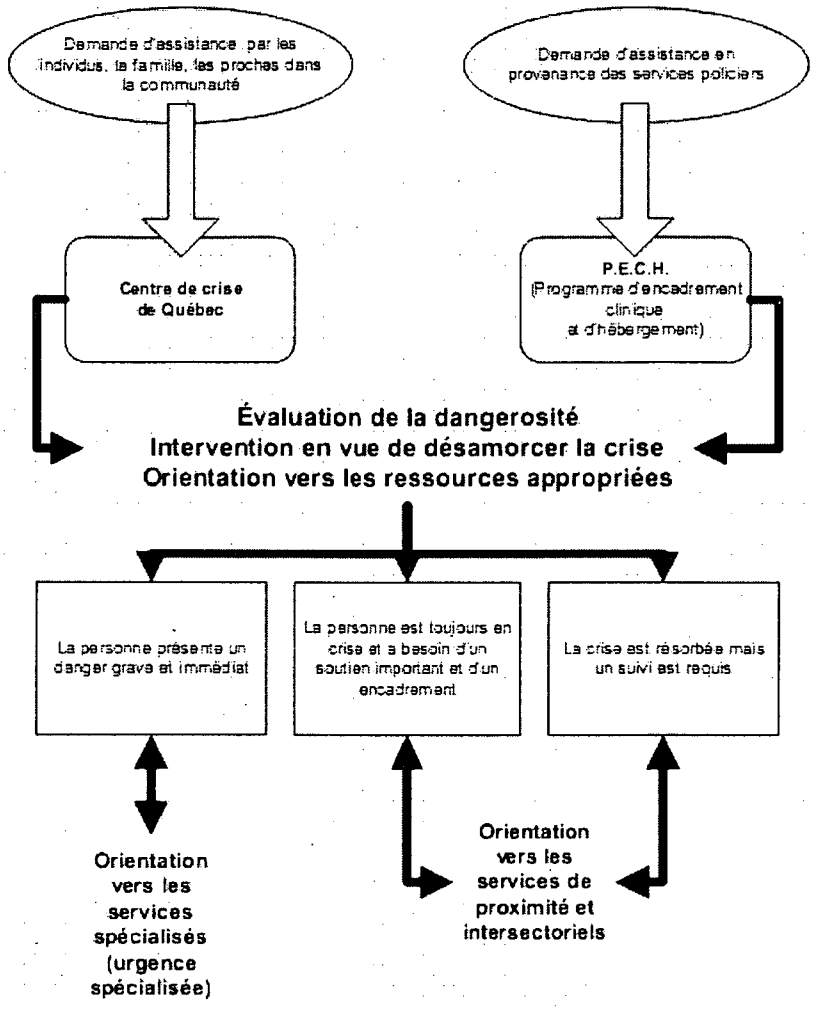
Une organisation de services intégrés basée sur la hiérarchisation des services dans laquelle chaque territoire est un lieu de réponse aux besoins fondamentaux des individus, qu'il s'agisse de soins médicaux généraux ou de services dits de proximité et intersectoriels.

<table>
<tr><th>Niveaux</th><th colspan="2">Services</th></tr>
<tr><td>1re ligne</td><td colspan="2">Des services généraux de 1re ligne offerts sur une base locale, le plus près possible du milieu de la personne (services de proximité et intersectoriels dans le milieu).</td></tr>
<tr><td></td><td>Services de proximité</td><td>Services intersectoriels dans le milieu</td></tr>
<tr><td></td><td>- les services de crise;
- les différentes mesures de soutien communautaire;
- les services médicaux;
- les services d'entraide;
- les services de soutien pour les parents et les proches;
- l'hébergement régulier;
- les services de réadaptation;
- les services professionnels;
- les services de santé courants.</td><td>- le logement social;
- le travail;
- la formation;
- le transport;
- les loisirs;
- les besoins de subsistance;
- l'aide domestique;
- la réadaptation en collaboration avec les services correctionnels.</td></tr>
<tr><td>2e ligne</td><td colspan="2">Des services spécialisés de 2e ligne offerts sur une base sous-régionale en appui à la 1re ligne</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="2">- l'urgence hospitalière;
- les services médicaux en milieu hospitalier;
- l'évaluation et le traitement
- l'hospitalisation;
- l'hébergement spécialisé et/ou de longue durée;
- les services offerts dans les hôpitaux de jour;
- les traitements psychiatriques spécialisés;
- la réadaptation spécialisée.</td></tr>
<tr><td>3e ligne</td><td colspan="2">Des services de 3e ligne surspécialisés offerts sur une base régionale ou suprarégionale en appui aux 2e et 1re lignes</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="2">- l'évaluation et le traitement;
- l'hospitalisation;
- les traitements psychiatriques surspécialisés;
- la réadaptation surspécialisée.</td></tr>
</table>

10 Nomenclature des services en fonction des niveaux de la hiérarchisation.



11 Services de proximité et intersectoriels.



12 Services de crise – Québec-Métro.

[1] Philibert, M., Pampalon, R., Choinière, R., (2007). « *L'espérance de santé au québec : revue de différentes estimations pour les années 1986 à 2003* », Institut National de Santé Publique, Direction planification, recherche et innovation unité études et analyses de l'état de santé de la population, Gouvernement du Québec, Mars 2007.
[2] *Idem.*
[3] Richard et Fabspec inc., [1998] C.L.P. 1043
[4] Nadeau et Multi-Do, 186534-03B-0206, 02-12-19, M. Cusson.
[5] Air Canada et Schanck, [1998] C.L.P. 11.
[6] Blanchette et Cie d'échantillon National ltée, 236942-64-0406, 06-04-21, J.-F. Martel.
[7] Les définitions présentées ici sont tirées de la CIDH, p. 23-25.
[8] Fougeyrollas et collab., 1998, p. 10.
[9] Patrick Fougeyrollas est anthropologue et Directeur de l'enseignement à l'Institut universitaire de réadaptation en déficience physique de Québec, Professeur à l'université Laval, Chercheur au CIRRIS et Président du Réseau international sur le PPH.

[10] Patrick Fougeyrollas est anthropologue et Directeur de l'enseignement à l'Institut universitaire de réadaptation en déficience physique de Québec, Professeur à l'université Laval, Chercheur au CIRRIS et Président du Réseau international sur le PPH.
[11] Organisation mondiale de la Santé. Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé. Genève, 2001, p. 1.
[12] Dal Pozzo, H. Haines, Y. Laroche, F. Fratello et C. Scorretti, Assessing disability in Europe - Similarities and differences, 2002.
[13] *Ibid.* pages 7 à 9.
[14] Commission d'enquête sur la santé et le bien-être socicollab. (1971). « *Le développement* », tome II, vol. III.
[15] Ministère des Affaires sociales (1977). « *Livre blanc : proposition de politique à l'égard des personnes handicapées* », Québec.
[16] « *L'intégration de la personne handicapée – État de la situation* ». Secrétariat des conférences socioéconomiques du Québec, 1981.
[17] Office des Personnes Handicapées du Québec - OPHQ. (1984). « *À part... égale : L'intégration sociale des personnes handicapées : un défi pour tous* », Drummondville.
[18] Fougeyrollas, P., Tremblay, J., Noreau, L., Dumont, S., St-Onge, M (2005). « *Les personnes ayant des incapacités : encore plus pauvres et à part...qu'égales : Les facteurs personnels et environnementaux associés à l'appauvrissement des personnes ayant des incapacités et de leur famille* », Institut de réadaptation en déficience physique du Québec (IRDPQ) et Centre interdisciplinaire de recherche en réadaptation et intégration sociale (CIRRIS), Québec.
[19] Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse. (1995). « *Le pluralisme religieux au Québec : un défi d'éthique sociale (document soumis à la réflexion publique)* », p. 12 et 13.
[20] Office des Personnes Handicapées du Québec - OPHQ. « *Guide d'accessibilité et d'adaptation des services gouvernementaux : Les services de l'État, c'est aussi pour les personnes handicapées* », mars 2005, 74 p.
[21] Office des Personnes Handicapées du Québec - OPHQ, « *À part...égale, L'intégration sociale des personnes handicapées : un défi pour tous* », Drummondville, Publications du Québec, 1984, 350 p.
[22] À ce sujet, on peut consulter les documents suivants : Société Canadienne de la Classification Internationale des Déficiences, Incapacités et Handicaps, « *Évolution canadienne et internationale des définitions conceptuelles et des classifications concernant les personnes ayant des incapacités, Analyse critique, enjeux et perspectives* », Réseau international CIDIH et facteurs environnementaux, vol. 9, no. 2-3, juillet 1998 ; et Réseau International sur Le Processus de Production du Handicap / Société Canadienne de la Classification Internationale des Déficiences, Incapacités Et Handicaps, Classification québécoise : Processus de production du handicap, Québec, 1998, 256 p.
[23] QUÉBEC, Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées en vue de leur intégration scolaire, professionnelle et sociale (L.R.Q., c. E-20.1), à jour au 12 avril 2005, [Québec], Éditeur officiel du Québec, c2005, chapitre I, article 1g.

« De la relation d'aide »

Agir en amont de l'itinérance – modalités émotionnelle de la communication dans la relation d'aide et dans le soutien sociale



MONSIEUR PHILIPPE JEAN
3742, Avenue Laval, #303
Montréal (Québec) H2X 3C9

514.967.9052
philippe_jean_2008@yahoo.ca
amicalis.philosophia@yahoo.ca

EMBLEME DU MEMOIRE : le ratel
DERNIERE MISE A JOUR : lundi 3 novembre 2008, DRAFT version 2.0

Préface

« NOTA BENE »

L'auteur de ce mémoire est un « *citoyen dissident* » et agit en toute indépendance d'esprit de tout parti politique et de tout organisme communautaire. Conséquemment, l'action sociale et communautaire préconisée par le signataire s'exprime en dissidence de la mouvance communautaire actuelle, et certainement, de plusieurs orientations politiques gouvernementales en matière d'action communautaire.

DE LA QUÊTE

Dans la perspective d'une quête d'un mode de la communications universelle et générique, avec soi-même et autrui, transcendant la logique et la raison, afin d'accéder au langage des sentiments, le langage universel, partager par un ensemble d'être vivant, il est donc nécessaire d'explorer les fondement théorique et conceptuels de la communications.

Au delà des signes échangé lors de la communications entre les être vivant, la communication semble prendre forme d'une pluralité de modalité et de dimensions. Ainsi on peut présument qu'au-delà du langage, il y a cette forme de communication, le « a priori » de Kant, ou la signification est intrinsèque au contexte des fondements de la vie et de la Nature.

Le signataire émet donc l'hypothèse que la pensé est fondé sur ce langage universelle que sont les sentiments et les émotions. Ceux-ci sont à la base de l'expression de l'état réflexif interne ou endogène de l'être vivant. Il est la forme du sens interne. Ceci non amenée donc a avoir certaines considérations pour l'aperception de Kant et Leibniz.

Cet ouvrage s'inscrit donc dans cette quête exploratoire de la communication humaine, dont le fondement est d'origine « particulaire». En effet, il semble que les communautés de cellules, en coopérants ensembles, ont créer les organes, qui eux, ont permit la constitution d'être vivant. Ainsi, comme nous en inspire l'épistémologie génétique, il semble dont y avoir un passage successif d'états, du moins au plus complexe, dans de développement de la Vie et des êtres vivants, et la communication n'y échappe pas.

DEDICACE

Cet ouvrage est dédié à *Lise Renée Dubuc* qui a constitué une figure attachement

LA RELATION D'AIDE

Tables des matières

THEORIE ET NOTIONS CONCEPTUELS DE LA RESILIENCE 3
Introduction *3*
De la vuldérabilité 4
Du facteur de risque 4
Relations et vie familiale *4*
Notion de « famille à risque », et Role parentale 5
Du bouc émissaire et le système familiale 5
Le cumul de facteurs de risques 6
Facteur de protection et la résilience 6
De la composante affective 7
De la composante systémique 7
Du conflits ou de la séparation des parents 8
De la relations parents-enfant conflictuelles 9
De la maltraitance et de violence familiales 10
Des carences éducatives et affectives, et de la perturbation des liens d'attachement 10
La psychopathologie parentale 10
Du sommaire des approches d'interventions 10
De l'approche cognitive 11
De l'approche multimodale et de l'approche globale de la personne 11
Les entraînements aux habiletés parentales 12
Les facteurs de protection dans le modèle de santé publique *12*
Les facteurs de protection relatifs à l'environement externe 12
Les facteurs de protection individuels 13
Les facteurs de risque dans le modèle de santé publique *13*
Les facteurs de risque relatifs à l'evironnement externe 13
Les facteurs de risques relatifs au sujet 14
De l'approche psychodynamique *15*
Préambule 15
Concepts théoriques psychodynamique 15
Du traumatisme et résilience 15
Traumatisme précoce et traumatisme tardif 16
Mécanismes de défense et résilience 16
Mentalisation et résilience 17
DE LA SITUATION DE CRISE 19
Avant-Propos *19*
De l'introduction *19*
De la définition 22
Les cinq phases de la crise 23
La déstabilisation 23
La perte de contrôle 23
La résorption ou la disparition progressive d'un phénomène nuisible 24
La digestion 24
Le retour à l'équilibre 24
La cicatrisation 24
Des types de crises 24
De la résolution de crise 25
De la perspective cognitiviste *26*
De la perspective systémique *30*
DE LA CRISE PSYCHOSOCIALE 31
DE L'INTERVENTION DE CRISE 31
DE LA RELATION D'AIDE 32
1. De la relation d'aide *32*
1.1. De l'Entrevue initiale 32

1.1.1. La nature et la sévérité des difficultés et les symptômes qui amènent la personne à consulter 33
1.1.2. La détresse motivationnnelle 33
1.1.3. Style d'adaptation 34
1.1.4. Le phénomène de la résistance 34
1.2. Contrat thérapeutique 35
1.2.1 Le début de la relation d'aide 36
1.2.2 Le relation d'aide proprement dite 36
1.2.3 La fin de la relation d'aide 37
2. Du processus thérapeutique *37*
2.1. Le soutien 37
2.2. L'apprentissage 37
2.3. L'action 38
2.4. Évaluation de la progression 38
2.5. Nomenclature de l'initiation d'une démarche de relation d'aide 39
2.6. Nomenclature de l'initiation d'une démarche de relation d'aide scolaire 39
2.7. Les portes d'entrée du travail thérapeutique 40
2.8 Habiletés du client et du clinicien 40
3. De l'entrevue *41*
3.1. Les questionnements 43
3.2. Les résistances lors de l'entrevue 45
3.2.1 L'entrevue défensive ou résistante 45
3.2.2 L'entrevue éclatée 45
3.2.3 Les transitions lors de l'entrevue 46
4. De l'éthique et de la compétende en relation d'aide *46*
4.1. De la consignation des informations sur le client 47
5. De la dynamique relationnelle entre le client et le clinicien *48*
OMS 49
NOTIONS ET CONCEPTS THEORIQUES SUR LE HANDICAP 50
Le modèle de Nagi : de la limitation fonctionnelle *51*
La classification internationale des handicaps (CIH) : déficiences, incapacités, désavantages *52*
Modèles conceptuels du handicap : modèle médical et modèle social 54
Processus de production du handicap **(PPH)** 57
Définitions des différents éléments du Processus de Production du Handicap 60
CIH-2 : Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) *61*
Buts de la CIH-2 63
Applications de la CIH-2 63
L'univers de la CIH-2 64
Champ d'application de la CIH-2 65
Définitions des composantes 66
Fonctions organiques, structures anatomiques et déficiences 68
Activités et participation / Limitations d'activités et restrictions de participation 70
Synthèse 70
Du contexte européen *71*
En conclusion *71*
DU HANDICAP « PHYSIQUE », « PSYCHIQUE », « MENTALE » ET « COGNITIF » 72
Handicap cognitif ou neuropsycholohique *72*
Handicap psychique *74*
LE HANDICAP AU QUEBEC 76
Historique *76*
Modèle québécois de la situation de handicap *77*
Organisme de recherche et de développement de la connaissance sur le handicap (RIPPH) *77*
Les causes du handicap *77*
De la déficience 78
De l'incapacité ou de la limitation fonctionnelle 79
Le Handicap 80
Agir sur les handicaps ou obstacles sociaux - favoriser l'intégration 81
Des facteurs de risques 82
De l'incpacité non physique 83
Du PPH adapté *83*
Introduction 83

LE PPH 84
Du PPH et de la pauvreté 86
Du modèle social et des droits de la personne 88
De l'exercice des droits des personnes handicapées *89*
L'objets de la loi[xx] 89
L'obligation d'accommodement 90
Pour assurer l'accés aux documents offerts au public 91
Pour assurer l'accés aux services offerts au public 92
Pour une bonne communication donnant accés à une information ou à un service 92
Recourir aux moyens de communication adaptés dans le but de communiquer aisément et efficacement avec les personnes handicapées 92
Définitions québecoise du Handicap *92*
Obligation d'accomodation *94*
De la jurisprudence *94*
Les recours *95*
La portée de la présente politique au regard de la Loi sur l'accés aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels *95*
Mise à jour de la Loi et responsabilité du MESS 96
Conclusion *96*
UN RESEAU DE SERVICES INTEGRES 97
Organisation des Services intégrés et PPH *98*
L'intervenant-pivot *98*
Nomenclature des services *99*

AVANT-PROPOS

Le domaine de **la relation d'aide** semble un terreau propice afin d'explorer les dimensions de la communications humaines. Ainsi, au delà des signes échangé lors de **la communication, la relation d'aide** semble présenter des manière de communications qui s'approche de dimension de la communications, qui transcende la raison et le langage, et opère au niveau des sentiments.

Pour le signataire et dans le contexte de l'établissement d'un **mode de communications multidimensionnelle** et non réductionniste au langage et à la raison, il semble être d'une nécessité, compte tenu des faiblesses évidentes des modes de communications actuellement utilisé entre humains, de développé un mode de communication, qui transcende la subjectivité, passe outre l'objectivité, mais sera le catalyseur d'un échange d'une tel profondeur, d'un tel évidence, et d'une tel vérité, que la signification s'imposera me manière intrinsèque, indépendamment du contexte ou de la subjectivité.

L'affectivité, la sensibilité, les sentiments et les émotions, la perception endogène et exogène, sont autant de phénomène essentiel et fondamental de la communication humaine. En outre, notons que dans certaines conditions, l'on observe des guérisons d'affliction physique et psychique quasi spontané. L'abréaction[1] totale est-elle possible ?

[1] Brusque décharge émotionnelle par laquelle un sujet se libère d'un refoulement affectif.

SOMMAIRE

La relation d'aide consiste à « *[...] amener une personne à apprendre de nouveaux comportements, à poser d'autres gestes pour arriver à satisfaire ses besoins*[1] ». **La relation d'aide** est un processus cyclique, dynamique, interactionnel, en mouvement continuel entre ses différentes phases elle-même interdépendantes.

La relation d'aide exige certaines conditions permettant d'influencer qualitativement sur la technique d'intervention. Certaines conditions tel que l'établissement d'un lien de contact, d'un lien de confiance et d'un lien de confidentialité sont fondamentales.

L'appel à des **profils de compétences en relation d'aide** s'avère essentiel au fondement de l'offre de service, de l'organisation du travail, de la méthode d'interventions, etc.

ÉTAPES	COMPÉTENCES
Être à l'écoute	➢ Accueillir; ➢ Observer; ➢ Mémoriser.
Réagir verbalement	➢ Reformuler/refléter; ➢ Démontrer de l'empathie, du respect, de l'authenticité.
Personnaliser l'expérience	➢ Confronter l'autre.
Prendre l'initiative de l'action	➢ Planifier; ➢ Soutenir l'autre dans ses décisions et ses réactions.

Tableau 1 Étapes d'une relation d'aide et les compétences requises selon Charkhuff (1988, p. 30-36).

[1] Carkhuff, R. R. (1988). « *L'art d'aider* », Les Édition de l'Homme, Montréal, pp. 25-26.

THEORIE ET NOTIONS CONCEPTUELS DE LA RELATION D'AIDE

« Affirmer qu'un syndrome psychiatrique particulier est incurable ou irréversible parle davantage des limites de nos connaissances que de l'état du patient » (Dr Rokeach, 1964).

Les cliniciens et praticiens sont appelés à développer un niveau élevé de compétence afin de répondre à la complexité et à la diversité de la pratique contemporaine de la **relation d'aide**[2,3,4,5]. On peut retrouver dans la littérature scientifique une diversité d'objectifs et de moyens d'intervention qui donnent au clinicien l'occasion d'envisager plusieurs possibilités avant de prendre une décision clinique[6]. Il est donc important de combiner à la fois les perspectives des écrits scientifiques et des données issues de l'observation clinique pour planifier adéquatement la relation d'aide.

Théorie et notions conceptuels de la résilience

La résilience est un concept novateur et relativement récent dans le champ de la psychologie.

L'origine latine du terme ***RÉSILIER*** évoque l'action de sauter, bondir (***SALIRE***) qui, associé au préfixe ***RE***, conduit à l'idée de sauter en arrière (***RESILIO***), se rétracter, revenir en sautant, rebondir, rejaillir (le résiliation, dans son acceptation juridique, concernant l'acte par lequel on revient sur notre engagement).

INTRODUCTION

Vanistendael (1996) propose ainsi la résilience : « la **résilience** est la capacité à réussir de manière acceptable pour la société en dépit d'un stress ou d'une adversité qui comporte normalement le risque grave d'une issue négative. »

La personne qui développe sa **résilience** réalise la mesure de son potentiel d'accomplissement personnel. Elle a acquis des habiletés à s'adapter à la nature des événements et des changements qu'elle vit. Notons que l'être humain est doté des outils permettant de gérer l'inévitable, soit la souffrance, les deuils, les pertes, les déceptions, les problèmes de toutes sortes et la ***DÉTRESSE ÉMOTIONNELLE. « C'EST UN PROCESSUS « D'AUTOGUÉRISON » ET DE RÉSISTANCE AUX MALADIES, ET EN PARTICULIER AUX MALADIES MENTALES. »***

LA RÉSILIENCE peut être envisager comme un processus dans une perspective développementale (Cyrulnick, 2001 ; Manciaux et Vanistendael, 2001 ; Masten, 2001). Cette perspective n'est pas seulement ***PSYCHO-DÉVELOPPEMENTALE***, comme la suggérer Lecomte (2002), elle est aussi au cœur des ***CONCEPTIONS PSYCHANALITIQUES*** de la résilience (Bossoles, 2001 ; De Tychey, 2001), elle est aussi d'ordre psychanalytiques (Bessoles, 2001 ; De Tychey, 2001). La résilience relève d'une approche multidimensionnelle non équivoque[ll].

« LA RÉSILIENCE, C'EST L'APTITUDE DES INDIVIDUS ET DES SYSTÈMES (LES FAMILLES, LES GROUPES ET LES COLLECTIVITÉS) À VAINCRE L'ADVERSITÉ OU UNE SITUATION DE RISQUE. CETTE APTITUDE ÉVOLUE AVEC LE TEMPS, ELLE EST RENFORCÉE PAR LES FACTEURS DE PROTECTIONS CHEZ L'INDIVIDU OU LE SYSTÈME ET LE MILIEU - ELLE CONTRIBUE AU MAINTIEN D'UNE BONNE SANTÉ OU À L'AMÉLIORATION DE CELLE-CI[7]. »

Tous les chercheurs investis dans le champ de la résilience, que leur orientation soit éthologique, biomédicale, sociologique ou psychodynamique (Cyrulnick 1999, 2001; Manciaux, 1998, 2000, 2001, Vanistendael et Lecomte 2000; Lemay, 1999, de Tychey, 2001; Anaut, 2002) souligne l'importance pour le futur sujet résilient d'avoir pu trouver au courant de son développement un tuteur de développement (appelé dans le champ psychodynamique

[ll] Qui ne renferme pas un double sens.

modèle d'identification) sécurisant et positivement investi, avec lequel un lien émotionnel fort a pu se construire! Manciaux (2001) et Fustier (2000) abondent dans le même sens lorsqu'ils soulignent, pour fonder la résilience, le rolle de ce qu'ils appellent respectivement « signifiante » et « fondatrice ».

DE LA VULDERABILITE

Selon Werner et Smith (1982), la vulnérabilité peut être définie par une prédisposition d'un enfant à développer différentes formes psychopathologie ou de troubles de comportements.

Anaut (2002a, 2002b, 2003) suggère que la vulnérabilité renvoie à un état de moindres résistances aux nuisances et aux agressions. Pour cet auteur, ce modèle à un corollaire qui est la répétition transgénérationnelle de la pathologie. Elle déclare (2002b) : ***« FACE À LA PATHOLOGIE DES LIENS FAMILIAUX, DANS DES CONTEXTES DE CARENCES GRAVES ET PARFOIS D'ABUS, DE VIOLENCE INTRAFAMILLIALES, CERTAINS INDIVIDUS SONT SUBMERGÉS PAR DES TROUBLES PSYCHOPATHOLOGIQUES ET SEMBLENT CONDAMNÉS À LA RÉPÉTITION TRANSGÉNÉRATIONNELE... C'EST LA VULNÉRABILITÉ DU SUJET QUI APPARAÎT AU PREMIER PLAN, LE MODÈLE DE LA VULNÉRABILITÉ DU SUJET QUI APPARAÎT AU PREMIER PLAN, LE MODÈLE DE VULNÉRABILITÉ SE RÉFÉRANT AUX SÉQUELLES DES TRAUMATISMES, AUX FACTEURS DE RISQUE ET À LA DÉCOMPENSATION PSYCHIQUE FACE AU TRAUMA. ».***

Fortin & Bigras (2000), définit le facteur de risque d'inadaptation sociale comme ***« UN ÉVÉNEMENT OU UNE CONDITION ORGANIQUE OU ENVIRONNEMENTALE QUI AUGMENTENT LA PROBABILITÉ POUR L'ENFANT DE DÉVELOPPER DES PROBLÈMES ÉMOTIFS OU DE COMPORTEMENT ». ILS REMARQUENT « SELON LEURS ANTÉCÉDENTS ET LEURS CARACTÉRISTIQUES PERSONNELLES, LES ENFANTS RÉAGISSENT DIFFÉREMMENT AUX FACTEURS DE RISQUE, CE QUI IMPLIQUE QU'À FACTEUR ÉGAUX, CERTAINS DÉVELOPPEMENTS DES TROUBLES ET D'AUTRES N'EN DÉVELOPPERONT PAS ».***

DU FACTEUR DE RISQUE

On distingue trois grandes catégories (Werner 1989, 1993 ; Ruttter, 1987, 1993 ; Manciaux, 1998, 2001; Vanistendael et Lecomte 2000, Cyrulnick 1999, 2000):

1. les facteurs de risque liés aux caractéristiques de l'enfant ;
2. les facteurs de risque associé aux caractéristiques familiales ;
3. les facteurs de risques reliés à des caractéristiques socio-environnementales plus larges ;

RELATIONS ET VIE FAMILIALE

Toutes les ***SPHÈRES DE LA VIE*** d'une famille sont influencées par la présence d'un enfant handicapé (Johnson et Deitz, 1985 in Tétreault, 1994). L'arrivée de l'enfant, ou la prise de conscience du diagnostic, a des répercussions sur tous les membres de la famille.

Les compétences parentales ainsi que les défis relationnels et éducatifs que confrontent les parents d'un enfant handicapé sont majeurs et menace l'équilibre de toute la famille. Les sentiments d'échec et d'impuissance créent un cercle vicieux qui contribue à son isolement. Soumises au stress important, prolongé et quotidien, ces familles deviennent vulnérables et répondent plus difficilement aux besoins de chacun de leurs membres. La variété, la mouvance et l'intercalions des facteurs qui sont associés au phénomène des ***« FAMILLES À RISQUE »*** ou en ***« SITUATION DE DÉTRESSE »*** est une réalité complexe aux multiples visages. Il est maintenant acquis que le ***« RISQUE FAMILIALE »*** se comprend à la lumière des caractéristiques de chacun des membres de la famille ainsi qu'à celle de l'environnement social dans lequel évolue le système familial[8].

Le handicap mène aussi à la ***PAUVRETÉ*** en raison des ruptures familiales qui sont plus fréquentes dans ces familles. Or, on le sait, les familles monoparentales sont parmi les plus pauvres, sont constitué de mère et c'est surtout à la mère qu'incombe la responsabilité du soin de l'enfant handicapé, et sont plus susceptibles de dépendre de revenus gouvernementaux. L'incapacité entraîne aussi des coûts additionnels pour la famille. Les difficultés financières des familles se reflètent dans les conditions de vie parfois difficiles de ces familles, notamment au chapitre de l'habitation et de l'insécurité alimentaire. Par ailleurs, plusieurs facteurs contribuent à l'appauvrissement de ces familles. Les difficultés financières des familles se reflètent dans les conditions de vie parfois difficiles de ces familles, notamment au chapitre de l'habitation et de l'insécurité alimentaire.

Ce sont les parents qui sont responsables de la plupart des soins offerts aux enfants ayant une ***INCAPACITÉ***. Ce ***RÔLE*** incombe surtout aux mères (Institut Roeher, 2000). Les écrits scientifiques montrent que la venue d'un enfant handicapé dans la famille entraîne un ajustement des rôles parentaux (Tétrault et coll, 2002).

Les données de l'EQLA[9] permettent de constater que la majorité des personnes ayant des incapacités (près de 80 %) sont désavantagées. Les situations de faible revenu, de scolarisation moins élevée, d'isolement social et d'exclusion du marché du travail s'additionnent souvent au fait d'avoir une incapacité ou de faire partie d'un ménage dont l'une des personnes a une incapacité. L'histoire de la genèse développementale difficile et les ressources limités du coté des parents, les exigences et les pressions familiales liées aux caractéristiques d'un enfant handicapé ou perturbé, les conflit conjugaux et les séparations, la pauvreté et l'isolement social sont autant de facteur de risques qui peuvent compromettre le développement de l'enfant[10,11,12,13,14,15,16].

NOTION DE « FAMILLE A RISQUE », ET ROLE PARENTALE

Selon le modèle conceptuel présenté par Belsky (1984), l'exercice du ***RÔLE PARENTAL*** (***LA PARENTALITÉ***) serait déterminé par trois grandes sources d'influences[17] :

1. la contribution du parent lui-même ;
2. la contribution de l'enfant avec ses propres caractéristiques en interaction avec le style le parental et
3. la contribution de l'environnement, avec les différentes sources de soutiens et de stress reliés au conjoint, au réseau social et au milieu travail.

Notons que ses sources d'influences qui sont à la fois de ***NATURE DIRECTE*** et ***INDIRECTE*** sur ***LA PARENTALITÉ***, dans la mesure ou ils interagissent également les une avec les autres. Des facteurs de risques mentent en péril l'exercice du ***RÔLE PARENTAL*** et qui peuvent compromettre le développement de l'enfant (Bristol et Schopler, 1984 ; Garbarino, 1995 ; Hetchman, 1996, Kendziora et O'Leary, 1993 ; Sameroff, 2000 ; Turnbull et Turnbull, 1997 ; Webster-Stratton et Herbert, 1994).

DU BOUC EMISSAIRE ET LE SYSTEME FAMILIALE

En psychologie des groupes, on considère le bouc émissaire comme une personne rendue responsable par le groupe d'un dysfonctionnement et jouant aux yeux de l'observateur un rôle d'informateur ou d'indicateur de ces dysfonctionnement.

Pour ***LES THÉRAPEUTES DE LA FAMILLE***, le bouc émissaire a une fonction de neutralisation des forces antagonistes à l'intérieur de la famille, permettant ainsi le maintien de son homéostasie. Le bouc émissaire peut être reconnue comme malade, c'est alors le ***« PATIENT DÉSIGNÉ »*** ; il peut également ne pas être reconnu comme tel et il doit alors souvent sacrifier une partie de lui-même en vue de l'expiation d'une faute groupale, dont l'origine peut d'ailleurs être transgénérationnelle.

LE CUMUL DE FACTEURS DE RISQUES

L'effet cumulatif associé au nombre et à la durée des facteurs de risque auxquels ils sont exposés qui entraîne des conséquences néfastes pour la famille et les membres qui la composent[18,11,19,14,] (Balwin et Baldwin, 1992).

A l'appuis de cette thèse, Sameroff, Seifer, Barocas, Zax et Greenspan (1987) ont permis de déterminer que la présence d'au moins trois facteur de risques affecte de manière importante la performance aux mesures de l'intelligence (Q.I.). Ce phénomène crée un cercle vicieux, entraînant une vulnérabilité accrue et une perte d'opportunité subséquente dans le développement ultérieur de l'enfant. C'est ***L'EFFETS CUMULATIF*** des ***FACTEURS DE RISQUES*** qui constitue l'écueil principal et non la nature spécifique des facteurs en causes. A moins d'être doté d'habiletés exceptionnelles, le cumul de facteurs négatifs entraîne un cercle vicieux, tandis que ***« L'ÉCHEC DÉVELOPPEMENTAL »*** ou ***« L'ÉCHEC PARENTAL »*** devient statistiquement prévisible, voire inévitable (Garbarino, 1995)[11]. De même pour le parent ***L'EXERCICE DU RÔLE PARENTAL*** sera d'autant diminué si le parent doit faire face à plusieurs facteurs d'adversité, que ceux proviennent du parent lui-même ou de l'enfant.

Une histoire ***DÉVELOPMENTALE*** difficile associé à une carence affective combiné à un tempérament problématique du coté de l'enfant rendent difficile la création du lien d'attachement sur lequel prend appui le développement de l'enfant[20]. Aussi, une situation de détresse sociale crée un contexte qui défavorise ***L'EXERCICE DU RÔLE PARENTAL*** (Bouchard, 1989)[21, 22].

FACTEUR DE PROTECTION ET LA RESILIENCE

La présence de ***FACTEURS DE PROTECTION*** et ***LA RÉSILIENCE*** qui en découle peuvent, ***FAIRE CONTREPOIDS*** aux facteurs de risque qui menacent le développement de l'enfant ou l'exercice de rôle parentcollab. Garmezy (1993) définit la résilience comme étant la capacité dont fait preuve certains enfants et adultes de « rebondir face à l'adversité » et maintenir intacts leurs compétences et leur niveau d'adaptation[23]. Elle réfère à la ***« ROBUSTESSE »*** (***HARDINESS***) des compétences dont font preuve plusieurs individus pourtant confronté à des facteurs de risque et à des situations de stress[24,25,26].

Les facteurs de recoupement entre les indicateurs de compétences et les facteurs de protection regroupent trois axes[20, 23, 27, 28] :

- les caractéristiques innées ou acquises de l'individu (tempérament, Q.I., compétences sociales, l'habileté à résoudre les problèmes, le sentiment de compétence, le contrôle intérieur – locus of control) ;
- la qualité des liens affectifs créer (attachement) ;
- le réseau social (soutien émotifs et instrumental, expérience positive en milieu scolaire et de travail...).

Stratégies d'adaptation et résilience familiale

McCubbin, thompson, thompson et Futrell (1999) ont examiné la question de la résilience sous l'angle des ***« STRATÉGIES ET DES PROCESSUS D'ADAPTATION »*** face à l'adversité, et ont examiné de façon plus approfondie le concept de ***« RÉSILIENCE FAMILIALE »*** en mettant l'accent sur les processus innovateurs et adaptifs que les individus et les famille ont développé pour composer avec les facteurs de risque. Cette notion de ***« RÉSILIENCE FAMILIALE »*** réfère spécifiquement aux habiletés et au mode de fonctionnement que les familles utilisent pour survivre, s'ajuster et se renforcer face à l'adversité.

La résilience familiale repose notamment sur l'utilisation de ressources individuelles, familiales et communautaires qui permettent aux familles de réagir adéquatement aux défis qu'ils confrontent[29]. De plus, Cowan et ses collaborateurs (1996) soulignent que, dans une perspective adaptive, la résilience elle-même peut se développer comme conséquence positive d'un processus de confrontation à des situations de stress et des défis importants

ayant permis une forme d'ajustement. Confronté à l'adversité, les familles comme les individus peuvent faire de nouveaux apprentissages, se renforcer et développer une plus grande résilience, comme l'expression d'une forme ***« D'IMMUNITÉ ACQUISE »***.

DE LA COMPOSANTE AFFECTIVE

Certains auteurs ont noté que des parents qui sont stressés ou très préoccupés par leur rôle ***« ÉDUCATIF »*** auprès de l'enfant en viennent à sous-estimer l'importance des simples moments d'écoute ou de plaisirs partagés avec l'enfant dans des situations quotidiennes dégagées de problème ou d'urgence à régler[30,16]. Ainsi, plusieurs ont tendance à définir le rôle attendu des parents comme une forme de prolongement de leur propre action thérapeutique ou rééducative auprès de l'enfant[31,32]. Or, plusieurs parents ont eux-mêmes des blessures et conflits non résolus de leur propre enfance fait malheureusement obstacle à la relation positive avec l'enfant.

Plusieurs auteurs ont souligné l'importance de la promotion de l'attachement mère-nourisson[33,34,35]. Certains programme d'entraînement aux habileté parentales mettent également l'accent sur les moment ***« PRIVILÉGIÉ »*** d'interaction ente le parent et l'enfant avant de penser ***« DISCIPLINE ET COMPORTEMENT »***[36,37]. Selon Phelan (1996), les moments de plaisir partagé entre le parent et l'enfant seront plus efficaces s'ils sont réguliers, simples, facilement accessible, aussi agréables pour le parent que pour l'enfant, colorés par le rire et l'humour plutôt que par les problèmes a régler. De plus, afin de contrecarré la tendance naturelle à réagir d'abord et uniquement en fonction de ce qui pose problème, le parent aura intérêt à rester sensible aux besoins fondamentaux de l'enfant, de lui communiquer admiration et fierté lorsque l'enfant se comporte de manière approprié afin de stimuler l'estime de soi.

Les sentiments et émotions sont fortement contagieuse dans l'ensemble du système familiale : la peur de l'échec, les frustrations, la colère ou la culpabilité se communique facilement entre les membres de la famille. Il en est de même pour des sentiments relier à l'affection, à la confiance, à la solidarité, ou à la bonne humeur et sont autant contagieuses. Le volet axé spécifiquement sur ***« DÉVELOPPEMENT DES HABILETÉS DE COMMUNICATION DES PARENTS »*** des programme d'entraînement aux rôle parentale permet : apprendre a clarifier les messages émis, à amélioré la qualité de leur écoute et à développer des stratégies de résolution de problèmes dans le contexte de la vie familiale (Blechman, 1991; Webster-Stratton, 1992, p. 116-173).

Le parent avertit s'investira dans l'étude de la littérature à l'intention des parents sur ***« L'ESTIME DE SOI DE L'ENFANT »***, sur l'attachement, sur le rôle éducatif et le rôle parental, etc. (voir la revue des ressources dans le Guide Info-Parents (Gagnon et collab., 2000).

Le processus de recherche d'équilibre du système familiale relève de la responsabilité des parents. Ce processus ***« D'HOMÉOSTASIE »*** est la base du fonctionnement dynamique de tout système vivant[38]. Il faut noter que l'état d'équilibre ou « l'***HOMÉOSTASIE*** » n'est pas nécessairement saine au foyer d'un système familicollab.

Enfin, il est essentiel d'intégrer et de favoriser l'utilisation de groupe de soutien dans la démarche thérapeutique du clinicien.

DE LA COMPOSANTE SYSTEMIQUE

Le soutien conjugal ou social représente un facteur de protection important dans l'exercice du rôle parental[75, 39]. L'isolement, et les relations coercitives avec l'environnement rendent les parents moins efficaces dans la résolution de problèmes quotidiens, ainsi que plus irritable, plus imprévisibles et plus négatifs dans leurs perceptions et leurs comportement envers l'enfant[4022,41,76].

Une nouvelle approche issue de la psychologie, la sociologie, et l'ethnologie a mené à une nouvelle vision de l'intervention auprès des familles (le système familial).

- L'approche centré sur « ***L'EMPOWERMENT*** » (Bouchard, 1989 ; Cochran, 1987 ; Dunst, Trivette et Deal, 1994 ; 1991) ;
- La reconnaissance des forces de résilience du système familiale et la complémentarité des stratégies adaptives (McCubbin et collab., 1999 ; Wlash, 1998) ;
- La complémentarité et l'importance de revaloriser l'engagement des pères auprès de leur enfant (Dubeau, Turcotte et Coutu, 1999) ;
- Le relativisme culturel et la valorisation des différences et des valeurs propres à la sous-culture familiale (Bédard, 1998 ; Laosa, 1979) ;
- La perspective écologique (Bronfenbrenner, 1987) et l'utilisation dans la relation d'aide du soutien disponible dans le réseau social des individus (Kemp, Whittaker et tracy, 1997 ; MSSQ, 1988a et 1998b).

Ainsi, McCubbin, Thompson, Thompson et Futrell (1999) ont étudié le concept de la « résilience familiale » qui met l'accent sur la capacités novatrices adaptives que les individus et les familles développent et mettrent en œuvre afin de composer avec les aléas de la vie et les facteurs de risque qui en découle.

DU CONFLITS OU DE LA SEPARATION DES PARENTS

Le facteur de stress le plus fréquemment rencontré chez les enfants est le divorce des parents (Maughan et McCarthy, 1997)[42]. Les troubles susceptible d'être rencontrés en cas de stress sont principalement l'anxiété, les troubles de l'humeur ou comportementaux et la toxicomanie (Aseltine, 1996 ; Fergusson et collab., 1994)[43,44]. Ce stress est lié à la rupture des relations parents/enfants et au fait que celles-ci sont rendues plus difficiles avant et après le divorce (Rutter, 1995)[45]. Les enfants de couples divorcés ou séparés sont en réalité susceptibles de faire l'expérience de multiples facteurs de stress :

- détresse émotionnelle des parents, moindre disponibilité pour l'enfant ;
- difficultés économiques, changement de statut social ;
- déménagement, changement d'école ;
- persistance de conflits entre les parents ;
- recomposition des familles.

Le contrecoup à court terme est maximal dans la période précédant ou suivant immédiatement le divorce, et a à la propension de s'atténuer avec le temps (Amato, 1993)[46]. À court terme, le divorce des parents est associé à un risque accru de psychopathologie générale chez l'enfant, à travers des symptômes aussi bien externalisés qu'internalisés. Ce risque est appréciable bien avant la séparation effective des parents, et semble plus en relation avec les conflits parentaux qu'avec le divorce lui-même (Cherlin et collab., 1991)[47]. Certaines études ont montré chez l'enfant un retentissement plus important sur l'adaptation psychosociale chez le garçon (Hetherington, 1985)[48].

L'impact du divorce des parents sur la santé mentale au début de l'âge adulte est influé par des facteurs tels que l'échec scolaire, les difficultés émotionnelles et le niveau socioéconomique des parents. Les enfants de couples divorcés ont 40 % de risque d'avoir des symptômes dépressifs à l'âge adulte, mais seulement 11 % présente des symptômes dépressifs significative (Case-Lansdale, 1995)[49]. Parmi les variables le plus susceptibles d'influencer la relation entre divorce et dépression à l'adolescence, Palosaari et collab. (1996) ont identifié l'estime de soi et les relations parents-enfant[50].

Les problèmes financiers des parents divorcés ou séparés élevant seuls leurs enfants joueraient également un rôle important, par effet direct ou indirect via une dépression ou un manque de disponibilité parentale (Aseltine, 1996)[51]. Les familles monoparentales doivent faire face à un stress plus aigu et à des difficultés financières et relationnelles plus importantes que les familles recomposées (Aseltine, 1996)[43].

Les relations postérieures au divorce entre la fréquence des contacts avec le père et l'adaptation psychosociale des enfants sont variables. Des contacts fréquents avec le père sont associés à un impact positif dans les familles peu conflictuelles, alors que l'inverse est constaté (chez les garçons, mais pas chez les filles) dans les familles chez lesquelles persiste une dynamique conflictuelle importante (Amato et Rezac, 1994)[52].

L'impact à long terme du divorce sur les troubles de l'humeur semble donc indirect, lié à la discorde conjugale plus qu'à la séparation en elle-même, et en relation avec des trajectoires développementales dysfonctionnel. la relation entre conflits conjugaux et troubles de l'adaptation de l'enfant est bien démontrée, il faut noter que la majorité des enfants qui vivent ce type de situation ne développent pas de troubles (Fincham et Osborne, 1993)[53].

La dynamique familiale semble donc très fortement impliquée.

DE LA RELATIONS PARENTS-ENFANT CONFLICTUELLES

Certaines études rapportent la relation conflictuelle comme pouvant être source de problèmes psychologiques chez les enfants, dont l'anxiété et la dépression (Dadds et Barrett, 1996 ; Palosaari et collab., 1996 ; Frank et collab., 1997 ; Hirshfeld et collab., 1997)[54,50,55,56]. Des études réalisées sur des enfants d'une même fratrie montrent que ceux qui présentent le plus de risques de devenir dépressifs sont ceux qui ont des relations conflictuelles avec leurs parents (Wamboldt et Wamboldt, 2000)[57].

La sensibilité aux besoins de l'enfant peur s'exprimer de diverse manière et dépend essentiellement des contextes ou se déroulent les interactions. La sensibilité des parant s'exprime également par leur capacité à doser le degré de stimulation dans le jeu en fonction de la réponse de l'enfant. Une mére sensible doit pouvoir ajuster le niveau de stimulation qu'elle procure à son enfant en fonction de la réponse de ce dernier.

La relation mère/enfant joue un rôle essentiel : non seulement les liens affectifs permettent à l'enfant de se sentir aimé et d'avoir une bonne image de soi, mais ils neutralisent aussi l'impact que peuvent avoir certains facteurs extérieurs (problèmes socioéconomiques, troubles psychologiques de la mère). Ainsi, plus la sécurité affective est importante, moins les enfants sont dépressifs (Graham et Easterbrooks, 2000)[58]. Dumas et collab. (1995) montrent que les mères des enfants anxieux ont une attitude plus aversive au cours des échanges avec leurs enfants et supportent moins bien l'intervention des enfants dans ces échanges[59]. Dans une étude, l'hyperactivité chez l'enfant a été significativement associée à une éducation rigide ainsi qu'à une attitude agressive et négative des parents vis-à-vis de leur enfant (Woodward et collab., 1998)[60].

En outre, des travaux de recherche confirment l'importance de la sensibilité maternelle dans l'établissement d'un attachement sécurisant. La sécurité de l'attachement est corrélé avec la promptitude de la mère à répondre à la détresse (Crockenberg, 1981), à un niveau modéré de stimulation de l'enfant (Belsky, Rovine et Taylor, 1984), avec sa capacité de répondre chaleureusement (Bates, Maslin et Frankel, 1985) et avec sa capacité de synchroniser ses actions aux réponses de l'enfant (Isabella et Belsky, 1991). Par ailleurs, les enfants présentant un attachement de type ambivalent ont des mères dont le mode de réponse est inconsistant (Ainsworth, Blehar, Waters et Wall, 1978 ; Cassidy et Berlin, 1994). D'autre part, les enfants négligé ou abusés par leurs mères ont plus souvent tendance à adopter un style d'attachement désorganisé (Calrson, Cicchetti, Barnett et Braunwald, 1989). Enfin les mère ayant un style d'attachement sécurisant ont plus souvent des enfants atant un style d'attachement sécurisant que les autres mères (Ainsworth, Blehar, Waters et Wall, 1978 ; Cox, Owen, Henderson et Margand, 1992 ; Isabella, 1993 ; Pederson et Moran, 1996).

DE LA MALTRAITANCE ET DE VIOLENCE FAMILIALES

La maltraitance et la violence intrafamiliales sont généralement associés à une constellation de différents types de difficultés familiales (Emery et Laumann-Billings, 1998) telles que les problèmes sociaux et la psychopathologie parentale ou encore les conflits conjugaux[61].

Les conséquences à court terme des violences physiques sont la perturbation des capacités de régulation émotionnelle, du sentiment d'identité (y compris de l'identité sexuelle), des liens d'attachement et de l'adaptation scolaire (Chichetti et Toth, 1995)[62]. L'impact des violences intrafamiliales au cours de l'enfance sur la dépression récurrente à long terme est influencé par des dysfonctionnements chroniques dans les relations affectives à l'âge adulte (Kessler et Magee, 1994)[63].

DES CARENCES EDUCATIVES ET AFFECTIVES, ET DE LA PERTURBATION DES LIENS D'ATTACHEMENT

Les voies développementales qui relient les carences familiales aux troubles dépressifs empruntent deux types de trajectoires développementales (Brown et Moran, 1994)[64] :

1. une voie « ***ENVIRONNEMENTALE*** », qui se caractérise par un cumul des risques « ***PSYCHOSOCIAUX*** » ;

2. une voie caractérisée par des perturbations identitaires : l'impact des événements négatifs durant l'enfance se traduirait ici par une vulnérabilité dépressive au stress accrue (ex. : à travers des schémas cognitifs dépressogènes). Une perturbation des représentations internes des relations à autrui et de l'estime de soi pourrait être impliquée dans l'association dépression-attachement insécure (Cicchetti et Toth 1998 ; Cummings et Davies, 1994)[65,66].

Également, les enfants ayant un tempérament difficile seraient plus vulnérables vis-à-vis des troubles des interactions parents-enfant (Rutter et Quinton, 1984)[67]. Le style éducatif et les interactions parents-enfant en général font intervenir des facteurs génétiques (des parents et des enfants), des facteurs d'environnement partagé (dans l'éducation commune à la fratrie) et des facteurs d'environnement non partagé (dans ce que les interactions parents-enfant ont de spécifique pour chaque enfant d'une fratrie). Dans les troubles ***INTERNALISÉS***, il semble que les interactions spécifiques jouent un rôle important, alors que, dans les troubles ***EXTERNALISÉS***, ce sont surtout les facteurs d'environnement partagé qui sont incriminés (Wamboldt et Wamboldt, 2000)[57].

DEPUIS BOWLBY, ON DISTINGUE HABITUELLEMENT DEUX FORMES D'ATTACHEMENT INSÉCURE : ÉVITANT OU DÉTACHÉ ET AMBIVALENT OU PRÉOCCUPÉ. L'ATTACHEMENT INSÉCURE pourrait concourir à la vulnérabilité dépressive, mais aussi dans l'expression et le maintien des symptômes. ***L'ATTACHEMENT SÉCURE*** pourrait être un facteur de protection : dans l'étude de Graham et Easterbrooks (2000)[58], il protège l'enfant des effets « ***DÉPRESSIOGÈNES*** » de conditions socioéconomiques défavorables.

LA PSYCHOPATHOLOGIE PARENTALE.

...

DU SOMMAIRE DES APPROCHES D'INTERVENTIONS

Plusieurs nouvelles approches issues de la psychologie, la sociologie, et l'ethnologie ont progressivement transformé notre façon de comprendre la famille. Notamment différents modèles d'intervention et d'analyse commentaires et permettent de renouveler l'approche auprès des familles a risque :

- ***« L'EMPOWERMENT »*** ou l'appropriation du pouvoir des personnes vulnérables (Bouchard 1989 ; Dunst, Trivette et Deal, 1991)[68, 69];
- la reconnaissance des forces de résilience du système familial et la complémentarité de leurs stratégies adaptives[70,71];
- la complémentarité et l'importance de revaloriser l'engagement des pères auprès de leurs progénitures[72];
- le relativisme culturel et la valorisation des différences et des valeurs propres à la sous-culture familiale[73, 74];
- la perspective écologique[75];
- l'utilisation dans la relation d'aide du soutien disponible dans le réseau social des individus[76, 77, 78].

Il faut considérer aussi les compétences, les stratégies d'adaptation positives et les sources de soutien que les parents sont parvenues à développer malgré les situations adverses auxquelles ils sont confrontés. Bouchard (1989) révèle huit critères d'intervention pour favoriser le soutien aux familles a risque qui cumulent les facteurs d'adversité :

- intimité ;
- stabilité ;
- intensité ;
- souplesse ;
- collaboration ;
- intégration des services ;
- intégration des ressources formelles et informelles de la communauté ;
- respect des valeurs et des attitudes des parents qu'on veut aider.

Il s'agit selon l'expression de Bouchard, d'une ***« MISE EN SITUATION DES PARENTS EN POSITION DE FOPRCE PAR LA CONNAISSANCE DE LEURS HABILETÉS ET DE LEURS COMPÉTENCES... »*** (P.144).

DE L'APPROCHE COGNITIVE

La perspective cognitiviste de la résilience familiale mise sur des stratégies d'ajustement qui repose sur une modification de la perception, de l'évaluation ou de la compréhension qu'à la personne de la réalité et de ses difficultés. Ipso facto, être bien informé, comprendre la nature de la problématique en cause et être capable de lui donner un sens représente un ensemble de stratégies cognitives qui se sont avérées efficaces[70].

DE L'APPROCHE MULTIMODALE ET DE L'APPROCHE GLOBALE DE LA PERSONNE

Afin de renforcer la résilience familiale, Cowan et ses collaborateurs (1996) retiennent trois grands objectifs d'intervention auprès des familles à risque

1. freiner l'accumulation des facteurs de risque et modifier la trajectoire d'événements négatifs ;
2. aider les individus et les familles à trouver des moyens pour composer avec des petits risques et les rendre plis résilient ;

3. aider les individus et les familles à développer de nouvelles façons d'agir et à renforcer les stratégies d'ajustement adéquats qu'ils utilisent déjà.

Le modèle d'intervention multimodale met à profit les forces de résilience en misant sur la complémentarité des différents types de stratégies d'adaptation :

1. la composante cognitive (comprendre une situation, donner un sens) ;
2. la composante affective et comportementale (maintien d'une relation de qualité, assurer un cadre éducatif) ;
3. le s comportement systémique et communautaire (utilisation du soutien du conjoint ou de la conjointe, de la famille et de toute la communauté) ;

Le modèle d'intervention multimodale prend appui sur une compréhension globale de la problématique vécue par le parent. L'approche se traduit également pas une attitude d'attention face aux émotions et aux messages sous-jacents souvent non-explicites dans la famille et pas une ouverture aux différents formes de compétences présentes tant chez le parent que dans son entourage. Cette approche, que l'on pourrait qualifier de globale, empathique et positive.

LES ENTRAINEMENTS AUX HABILETES PARENTALES

Des ateliers d'entraînement aux habiletés parentales[31,22,79,16] ou des livres sur la discipline et la gestion éducative des comportements de l'enfant[36,80,37] accordent une place importante à l'approche béhavioriste. Elle explique les principes comportementaux de l'apprentissage social pour améliorer leur approche éducative auprès de l'enfant. Les principales stratégies et moyens éducatifs proposés aux parents ont été résumé par Lavigeur (1998, p. 111 à 276) par la règle des quatre C :

- Compenser les déficits ;
- Clarifier les demandes ;
- Construire sur le positif : ***« L'ART DE SURPRENDRE L'ENFANT À BIEN FAIRE[36] »***;
- Contrecarrer l'inacceptable.

LES FACTEURS DE PROTECTION DANS LE MODÈLE DE SANTÉ PUBLIQUE

Un consensus existe sur le plan de leur repérage (Gottlieb 1999 ; Masten et Coatsworth 1998 ; Cyrulnick 1999, 2001, Vanistendael et Lecomte, 2000 ; Anaut, 2002)

LES FACTEURS DE PROTECTION RELATIFS A L'ENVIRONEMENT EXTERNE

- Posséder une relation sécurisante et chaleureuse avec un ou ses deux parents;
- vivre dans une famille de niveau socio-économique élevé;
- avoir de bonnes relations parents-enfants;
- vivre dans une famille en harmonie;
- avoir un réseau de soutien social à l'extérieur de la famille (notamment une figure d'attachement privilégiée).

LES FACTEURS DE PROTECTION INDIVIDUELS

- être capable de donner un sens à la vie malgré les difficultés rencontrées;
- avoir un tempérament actif;
- avoir une bonne sociabilité (qualité de contact avec les autres) ;
- être un enfant attractif (***CHARME CHARISME***);
- avoir un QI élevé : Bigras (2000) s'appuyant sur la position antérieur de Masten et collab. (1998) remarque : ***« UNE BONNE INTELLIGENCE EST UN FACTEUR DE PROTECTION CAR ELLE PERMET DE RÉSOUDRE DES PROBLÈMES DANS LES SITUATIONS CONFLICTUELLE, UNE ÉVALUATION DES CONSÉQUENCES DE SES COMPORTEMENTS, L'ATTEINTE DE GRATIFICATIONS, LE CONTRÔLE DES IMPULSIONS... »*** ;
- avoir un ***« LOCUS OF CONTROL »*** (lieu de contrôle » interne;
- avoir un sentiment ***« D'AUTO-EFFICACITÉ »*** et d'estime de soi;
- avoir de bonne capacité de compréhension d'autrui et d'empathie (assez proche de l'intelligence sociale);
- être capable de mettre en place des moyens de défense efficaces face aux agressions.

Rutter (1987) ainsi que Cyrulnick (1999), en s'appuyant sur le ***MODÈLE PSYCHANALYTIQUE***, pointe :

- le ***RÔLE*** du ***CLIVAGE*** qui permet au Moi de se diviser « avec une partie socialement adaptée ».
- ***LE DÉNI*** qui permet « de ne pas avoir une réalité dangereuse »;
- ***LA RÊVERIE*** « tellement belle quand le réel est désolé. Elle imagine des refuges merveilleux en sacrifiant les relations trop difficiles »;
- ***L'INTELLECTUALISATION*** qui permet « d'éviter l'affrontement qui nous impliquerait personnellement »;
- ***L'HUMOUR*** qui « métamorphose une situation, transforme une pesante tragédie en légère euphorie », permet « de prendre de la distance, de moins se laisser entamer par l'épreuve »;
- ***LA SUBLIMATION*** « quand les forces vives sont orientées vers des activités socialement valorisées, comme les activités artistiques, intellectuelle ou morales »;
- ***LE CONTRÔLE DES AFFECTS***;
- ***L'ALTRUISME*** « qui permet de se faire aimer grâce au bonheur qu'on donne »;

LES FACTEURS DE RISQUE DANS LE MODÈLE DE SANTÉ PUBLIQUE

LES FACTEURS DE RISQUE RELATIFS A L'EVIRONNEMENT EXTERNE

Un consensus existe sur le plan de leur repérage (Werner 1989 ; Gottlieb 1991 ; Rutter, 1991 ; Masten et Coatsworth 1998, Manciaux 1998, 2001 ; Fortin et Bigram 2000, Anaut, 2002). Un peut cité, entre autre :

- Une pauvreté chronique de l'environnement familial;
- une absence d'emploi prolongé;
- un logement surpeuplé;
- un isolement relationnel;
- une situation de migrant (itinérance ou nomadisme issu de la précarité résidentielle) ;
- une maladie somatique parentale chronique;
- une maladie mentale ou une psychopathologie parentale prolongée;
- un membre de la fratrie ayant un handicap, des difficultés d'apprentissages ou des troubles de comportements;
- la naissance d'un frère ou d'une sœur alors que l'Enfant n'a pas encore deux ans;
- un père absent;
- une perte d'un membre de la famille;
- le remariage et l'entré de beaux-parents dans la maison;
- la violence ou l'alcoolisme familial;
- la confrontation directe à une catastrophe naturelle ou à une action terroriste

Ces différents facteurs de risque n'ont probablement pas, pris individuellement, le même potentiel pathogène de « ***VULNÉRABILISATION*** » de l'enfant et qu'ils devraient avoir un effet plus ou moins fragilisant lors de la rencontre de ces événements externes. Ceci nous conduit à évoquer maintenant les facteurs à risque à situer au niveau de l'enfant lui-même.

LES FACTEURS DE RISQUES RELATIFS AU SUJET

- Un premier facteur de « ***VULNÉRABILISATION*** » est constitué par les conditions de naissance, lorsque ces dernières sont plus ou moins traumatiques (prématurité, souffrance néonatale, gémellité, pathologie somatique précoce, faible poids de naissance atteinte cérébrale, handicap) ;
- une séparation précoce d'avec la mère;
- un faible QI;
- une pauvreté générale ou élective du fonctionnement mental;
- un faible « ***ESTIME DE SOI*** ».

DE L'APPROCHE PSYCHODYNAMIQUE

PREAMBULE

Ce modèle ***THÉORIQUE PSYCHODYNAMIQUE*** repose sur une pluralité de références au courant psychanalytique ou de psychologie clinique psychanalytique d'une part (Freud, 1976; Cramer, 1999; de Tychey, 2001; Anaut, 2002), et secondairement sur les théorisations émises en éthologie et la psychologie développementale (Bowldy, 1980; Cyrulnick, 1999, 2000; Miljkovitch, 2001).

Antre autre, les concepts issue de ce modèle relève du :

- Traumatisme (Freud, 1920, Ferenczi, 1944 ; Bertrand, 1990 ; Cramer, 1999 ; Bessoles 2001, Korff-Sausse, 2002) ;
- Mécanismes de défenses (Freud, A., 1971, 1976, Ionescu, 1999 ; Laval Hygoneng, 1999 ; de Techey, 2001, Anaut, 2002) ;
- Mentalisation (Bion 1962, 1965 ; Bergeret 1991 ; Fonagy et collab., 1994 ; Kreisler, 2000, de Techey 2001, Bessoles 2001, Anaut, 2002) ;
- Relation d'attachement (Bowldy, 1980 ; Fonagy et collab., 1994 ; Miljkovitch, 2001) ;
- Support identificatoire et modèle substitut (Cupa et collab., 2000 ; de Tychey, 2001, Lighezzolo, Marchal et Theis, 2003) ;
- Castration syboligènes (Dolto, 1984 ; Dollander et de Tychey ; 2002) ;

Une large majorité de ces concepts (excepté celui de relation d'attachement) a été élaborée dans le champ psychanalytique. L'intérêt de ce modèle est résumé par Korff-Sausse (2002) : ***« ALORS QUE LA RÉSILIENCE RESTE PLUS SOUVENT UNE NOTION DESCRIPTIVE, L'APPORT DE LA PSYCHANALYSE EST PRÉCISÉMENT DE NE PAS SE SATISFAIRE DE CONSTATER ET DE DÉCRIRE LES EFFETS DE LA RÉSILIENCE, MAIS D'ÉTUDIER CES PHÉNOMÈNES EN TERME DE PROCESSUS. »***

CONCEPTS THEORIQUES PSYCHODYNAMIQUE

DU TRAUMATISME ET RESILIENCE

La théorisation d'Anna Freud (1971) souligne l'importance des ***MÉCANISMES DE DÉFENSE*** du Moi, position que l'on retrouve aussi chez Ionescu (1999). Selon elle, le traumatisme sera inévitable à partir du moment où les défenses ne sont plus mobilisables ou insuffisantes. Elle souligne ***« LA TOLÉRANCE AUX TRAUMATISMES EXTERNES ET AUX SENSATIONS INTERNES DE DÉPLAISIR RÉSULTANT DE FRUSTRATION, DE CARENCE AFFECTIVE AUGMENTE EN PROPORTION AVEC LA MATURATION ET LE PERFECTIONNEMENT DES APPAREILS ET FONCTIONS DU MOI »***. Elle accorde donc une importance au principal tuteur (la mère) du développement de l'enfant en bas âge qui ne peut traiter lui-même au départ les excitations ***L'ASSAILLANT***.

Le point de vue d'Anna Freud (1976) introduit la notion de l'origine interne ou (et) externe du ***TRAUMATISME***. La première résulterait de l'intensité, de la violence de l'événement en soi. C'est donc l'insuffisance du traitement interne des tensions induites par l'événement externe et l'incapacité à mettre en oeuvre des mécanismes de défense et d'élaboration qui génèrent le trauma. Ainsi, récemment Cramer (1999) a-t-il reproché à Freud de n'avoir privilégié, pour définir le traumatisme, que « la source sexuelle interne de l'excitation et d'avoir négligé les traumatismes dont l'origine est clairement une source de violence externe au sujet qui la subit » : point de vue illustré par les travaux de R. Diwo (1997, 1999), que l'on peut définir comme une forme de rupture de résilience.

R. Diwo (1997, 1999) constate que le cumul d'événements de vie négatifs externes (échec scolaire répété, violence - psychique, psychologique et moral - familiale ou extra-familiales, deuil, rupture sentimentale, troubles neurologiques, troubles d'apprentissages, troubles d'adaptation, ...). Celui-ci finit par produire un niveau de tension trop élevé, quelle que soit la qualité du fonctionnement mental du sujet. L'effet traumatique cumulé de ces facteurs externes ne peut alors que prendre (après avoir épuisé les sources d'écoulement à un niveau somatique) la forme d'une décharge par la voie comportementale, synonyme de rupture de résilience, ou pour plagier Crocq (1985) « d'une impossibilité pour le Moi de lier et d'abréagir cet afflux d'excitation apporté ». Un facteur isolé peut devenir traumatique dès lors qu'il est intense et brutcollab. Une somme d'événements plus mineurs peut aboutir au même résultat à partir du moment où elle dépasse les possibilités d'élaboration défensive et mentale du Moi du sujet.

La résilience implique donc en amont la survenue d'un traumatisme dont l'origine peut être uni ou multifactorielle et en aval une aptitude du sujet à le surmonter qui, sur le ***PLAN INTRAPSYCHIQUE***, mobilise deux paramètres importants :

1. la nature, la variété et surtout la rigidité ou la souplesse des ***MÉCANISMES DE DÉFENSES*** que le Moi du sujet va mettre en oeuvre, en particulier pour faire face aux représentations et aux affects de déplaisir très importants suscités ;

2. les capacités d'élaboration mentale ultérieures des tensions générées dans leur double valence pulsionnelle sexuelle et agressive. Autrement dit, il s'agit là de la capacité à traduire en mots, en représentations verbales partageables les images et les émois ressentis pour leur donner un sens communicable, compréhensible pour l'autre et pour soi-même d'abord. On désigne habituellement en psychanalyse sous le terme de ***MENTALISATION*** ce travail de la pensée sur elle-même pour lui permettre de traduire les excitations en représentations partageables, ce qui implique une opération de symbolisation. Celle-ci suppose aussi que les affects ressentis soient liés à des mots qui les spécifient, ce que nous désignons par le terme de liaison affect-representation (De Tychey 1994, De Tychey-Diwo-Dollander 2000).

TRAUMATISME PRECOCE ET TRAUMATISME TARDIF

Une atteinte grave à l'intégrité narcissique à la suite d'une blessure narcissique survenant dans la petite enfance constitue un traumatisme précoce ayant des conséquences déterminantes dans la vie du sujet. S'il réussit à éviter la régression psychotique, l'enfant tentera, compte tenu de son niveau de maturité et de la gravité du traumatisme, de restaurer son intégrité narcissique en érigeant un système de défense qui lui permettra de transformer sa réalité interne en réaménageant sa vie émotionnelle. Même s'il a été relégué au niveau inconscient, le traumatisme précoce demeure toujours actif dans la vie actuelle en maintenant l'individu vulnérable à toute nouvelle blessure narcissique.

Un **traumatisme actuel** (tardif) aura pour effet d'ébranler les défenses, de réactiver le traumatisme précoce et de raviver la blessure narcissique infantile. Le traumatisme tardif, souvent anodin, se trouve amplifié et surdéterminé par les traces (cicatrices) laissées par le traumatisme précoce provoquant alors des réactions qui semblent objectivement disproportionnées.

MECANISMES DE DEFENSE ET RESILIENCE

Le rôle des mécanismes de défense est reconnu par plusieurs spécialistes de champ de la résilience bien qu'ils ne soient pas d'obédience psychanalytique (Cyrulnick 1999, Vanistendael-Lecomte 2000). A. Freud (1976) et Kreisler (1996) que les fonctions mécanismes de défense sont essentielle et porte sur le traitement des affects de déplaisir liés aux situations traumatiques et conflictuelles. Il convient de voir l'ensemble de ces mécanismes de défense comme autant de dispositifs intrapsychiques susceptibles de favoriser la résilience chaque fois que le sujet est confronté à un trop plein d'excitations source de déplaisir intense. À ce titre, ils constituent un facteur de protection important pour le Moi.

Utilisés de manière souple, ils contribuent à atténuer le choc, l'impact des représentations et affects perturbants associés à la situation traumatique.

Utilisés de manière rigide, ils vont par contre interdire toute possibilité de traitement mental effectif des tensions reliées à la situation traumatique initiale. Même s'ils peuvent préserver le sujet d'un risque de décompensation somatique ou comportementale en le maintenant dans une pseudo adaptation sociale de surface, il serait discutable ici de parler de résilience.

Bourguignon (2000) remarque qu'en face d'événements massivement destructeurs, « il n'y a pas d'immunité au stress mais seulement différents modèles de réponses plus ou moins adaptés... »

- **De la rêverie, de la fuite dans l'imaginaire et de l'automystification** : Quelles sont les principales défenses mobilisables face à l'excès d'excitations ? D'abord, le recours à l'imaginaire tel que le définit Bergeret (1990, 1991). Le terme « imaginaire » englobe un ensemble plus vaste que celui désigné sous le nom de « rêverie » par Cyrulnick (1999) et Vanistendael-Lecomte (2000). Pour Bergeret (1991) l'imaginaire désigne « l'activité de rêves et de fantasmes dont on a conscience ou pas, composée de fantasmes préconscients, conscients, inconscients ou primitifs ». Pour cet auteur, il s'agit d'une fonction indispensable à l'équilibre psychique. Elle nous permet en effet « de ne pas nous sentir écrasé par une action trop intrusive ou trop impérative des facteurs extérieurs ».

- **L'humour** est un autre procédé défensif et apparaît comme une défense permettant une sublimation des pulsions agressives. la sublimation, est une voie royale d'élaboration des excitations-tensions à travers une production qui leur donne un sens. ;

- **Le clivage** consiste à séparer les représentations entre elles ou les affects des représentations afin de mettre à l'écart les plus insupportables. Il constitue incontestablement une autre défense protectrice à court terme lors de la survenue du trauma ;

- **Le déni** peut porter sur des aspects variés de la réalité. Son caractère potentiellement adaptatif, à condition qu'il soit utilisé de manière temporaire et non durable, est souligné par un grand nombre d'auteurs (Vanistendael et Lecomte, 2000, Cyrulnick, 1999). Il peut être mobilisé dans des contextes variés de situations problématiques (Ionescu, 1999 ; Dollander, 1999 ; Dollander-De Tychey, 1999). Il peut constituer la dernière ressource pour faire face à une réalité trop insupportable. Contrairement au fonctionnement psychotique, il semble porter davantage sur la signification affective de la réalité insupportable que sur la réalité en elle-même chez le sujet résilient.

- **L'intellectualisation**, qui est une des variétés **d'isolation**, peut également constituer un moyen de se protéger de l'intensité des affects de déplaisir en les évacuant pour privilégier le monde des idées et de la rationalisation logique. Il est important de noter qu'il ne faut pas confondre l'intellectualisation, mécanisme de défense du Moi contre des affects et des représentations perturbantes, avec l'intelligence opérationnalisée par le quotient intellectuel. On sait que ce dernier constitue aussi un facteur de protection générateur de résilience (Gottlieb 1999). Les processus cognitifs qui le sous-tendent visent non pas à traiter les excitations pulsionnelles (comme la mentalisation et les défenses du Moi) mais à traiter la réalité à problèmes sous forme d'hypothèses, d'anticipations, de prévision en vue de l'atteinte d'une solution à valeur adaptative.

MENTALISATION ET RESILIENCE

La mentalisation constitue le processus intrapsychique essentiel qui vient fonder la capacité de résilience du sujet. La définition de ce concept complexe, introduit pour Marty et Fain en 1961 dans le champ de la psychanalyse n'est pas univoque car il a suscité de nombreuses contributions (Luquet 1981, Bergeret 1986, 1991, R. Debray 1991, Fonagy 1994,1996, Dejours 1995, Lecours-Bouchard 1997, De Tychey 1994, De Tychey-Diwo-Dollander, 2000).

Bacqué (2000) s'est penchée sur les mécanismes déterminant la résilience de l'enfant endeuillé en pointant le rôle de ce facteur qu'elle envisage en lien avec un « potentiel narcissique primaire... suffisamment solide pour supporter d'être quitté... suffisamment fort et souple pour ne pas être détruit par des atteintes plus graves physiques et morales ».

Pour R. Debray (1991), la mentalisation désigne « la capacité qu'à le sujet de tolérer, voire de traiter ou même négocier l'angoisse intrapsychique et les conflits interpersonnels ou intrapsychiques. Il s'agit en définitive d'apprécier quel type de travail psychique est réalisable face aux angoisses, à la dépression et aux conflits inhérents à la vie. »

Marty (1991) souligne qu'elle repose sur le fonctionnement du préconscient, espace imaginaire peuplé de représentations et d'affects en plus ou moins grand nombre, circulant plus ou moins facilement, plus ou moins disponibles dans le temps en fonction de la nature et de l'usage des défenses mobilisées par le sujet.

Pour Bergeret (1991) la mentalisation correspond à « ***L'UTILISATION MENTALE QU'ON VA FAIRE DE L'IMAGINAIRE. C'EST UN DES MODES FONCTIONNEMENT DE L'IMAGINAIRE QUI S'OPPOSE À LA SOMATISATION ET AU COMPORTEMENT.*** »

Dans les abrégés de psychologie pathologique, Bergeret et Lustin (1986) rendent compte d'une opération fondamentale notamment pour la spécifier : ***LA SYMBOLISATION***. Cette dernière a deux faces. Elle renvoie d'abord au travail de transformation par la pensée des excitations pulsionnelles (tensions sexuelle et agressive) en représentations mentales communicables. Elle porte aussi sur le travail d'élaboration mentale des affects, principalement de déplaisir, sous forme de liaison à des représentations partageables susceptibles de donner un sens au ressenti du sujet. Bergeret (1991) souligne qu'elle est la voie la plus noble, la plus adaptative du traitement des tensions.

Marty (1991) a mis en évidence par ailleurs que la qualité de l'espace imaginaire et de la mentalisation est très variable d'un sujet à l'autre. Le destin des tensions excitations quand elle ne sont plus « traitables » mentalement, soit parce qu'elles sont trop intenses, soit parce qu'elles assaillent un fonctionnement mental structurellement appauvri, génèrent alors une rupture de résilience qui va prendre plusieurs formes :

- l'échec du travail de liaison entre les représentations suscitées par l'événement traumatique peut aboutir à un écoulement et une désorganisation de ces représentations qui cessent alors d'être partageables même si elles restent dans la voie mentale (entrée dans le délire par exemple) ;
- l'échec du traitement mental peut aussi se traduire par la décharge des excitations par la voie corporelle, génératrice d'une désorganisation somatique plus ou moins grave ;
- l'échec du traitement mental peut également s'exprimer par une voie d'expression et de décharge comportementale sous la forme d'un « acting out » auto ou hétéroagressif plus ou moins lourd de conséquences ;

Conséquemment, la résilience n'est jamais absolue mais fluctue inévitablement au cours du temps. Même avec une mentalisation riche, personne n'est à l'abri d'une désorganisation mentale, comportementale ou somatique en raison du caractère imprévisible et potentiellement traumatique des situations existentielles que tout un chacun est amené à rencontrer... Le fait de posséder une mentalisation de qualité n'est pas une assurance « ***TOUS RISQUES*** ». Pour chaque individu, il existe un seuil au-delà duquel les capacités défensives et adaptatives seront débordées.

Si la résilience à long terme dépend pour une large part de la richesse de l'espace imaginaire et de la mentalisation du sujet, comment développer ces deux caractéristiques du fonctionnement intra-psychique pour la promouvoir ?

Dans sa synthèse sur le concept de résilience, Kreisler (2000) postule qu'il faut rechercher ses fondements dans la relation très précoce entre la mère et son enfant, en particulier à travers l'étayage « ***APPORTÉ PAR UNE GÉRANCE MATERNELLE RICHE, DE SÉCURISATION AFFECTIVE ET PERTINENTE DE MESURES PROTECTRICES... DANS LA GENÈSE ÉVOLUTIVE DE L'ENFANT VERS L'AUTONOMISATION*** ». Cette constatation entre en contradiction avec les observations du signataire. Ainsi Bacqué (2000) constate que « ***LA MENTALISATION EST UN PROCESSUS ACQUIS À LA NAISSANCE*** ». Mais, elle ne dépend pas nécessairement de la présence d'un attachement sécurisant ou d'une figure d'attachement.

De la situation de crise

AVANT-PROPOS

Plusieurs auteurs (Caplan & Holland, 1990; Taylor, 1990) situent la nature des connaissances scientifiques sur un continuum dont un pôle représente l'objectivité et l'autre la subjectivité. Pour les « objectivistes », seul est reconnu comme apprentissage, l'acquisition de connaissances développées par des experts. L'apprentissage est perçu comme un processus de changement progressif de performance chez l'apprenant qui répond à une situation qui, elle, est contrôlée (Malcuit & Pomerleau, 1980) et qui se caractérise par une transmission de connaissances. Ce processus de transmission des connaissances repose sur l'idée que les connaissances ont une existence propre, indépendante du sujet, « objectivement », et qu'elles peuvent être transmises et cumulées au fur et à mesure que progresse le savoir humain. (Larochelle & Désautels, 1992) p. 20. Ainsi, la définition classique de l'apprentissage ne considère pas l'expérience des participants, leur relation, leur interdépendance et leur satisfaction dans la relation éducative. Elle n'est pas orientée vers les choix responsables et le développement du potentiel de personnes afin qu'ils puissent prendre en charge leur vie et leur santé.

Dans le cadre d'analyse, citons **la théorie psychodynamique de la résolution de la crise** de Caplan (1964) et Lindemann (1944, cité dans Pelchat, 1995), **la théorie du stress et de l'adaptation** de Lazarus (1968, cité dans Pelchat, 1995) et **le modèle de gestion du stress familial** de Boss (1988, cité dans cite la Pelchat, 1995).

La théorie psychodynamique de la résolution de crise guide l'**adaptation** par **le soutien au processus de deuil. La théorie du stress et de l'adaptation** de Lazarus explique **le processus cognitif** de l'**adaptation** et oriente l'intervention vers **la signification de l'événement**. Quant à la **théorie du stress familial** de Boss, elle permet de regrouper l'ensemble des variables. L'accent est alors mis sur l'événement déclencheur (la déficience), les ressources de la famille et la signification accordée à l'événement.

DE L'INTRODUCTION

> « Il existe trois type individu, ceux qui traverse une crise, ceux qui en traverseront et ceux qui ont survécu. »

Ainsi, « **la crise** » fait partie intégrante du continuum de vie normale de certaines personnes, et il faut en tenir compte pour donner un sens aux épisodes de crise et intervenir adéquatement et de manière opportune. Le concept de « **crise** » dérive du grec ancien « ***KRISIS*** » qui signifie « **point tournant** » **ou** « **décision** ». En chinois, *l'idéogramme* « **crise** » est symbolisé par deux symboles, l'un *représentant le danger et l'autre l'*opportunité.

La crise, d'après son *étymologie est* le fait de séparer, la décision, le jugement*; c'est aussi la phase décisive d'une maladie, où* elle peut s'orienter vers la guérison ou vers l'aggravation. Elle suppose la rencontre entre, d'une part, une circonstance, un moment, tels un événement bien précis qui fait déclencheur et, d'autre part, une structure qui s'en trouve globalement perturbée. Mais le deux renvoie à une troisième composante : une interprétation, un capteur, un cerveau qui analyse, un centre de décision.

Une crise mobilise des traces inscrites et conservées (souvenirs, documents, manuscrits, lettres...) : on **cherche** immédiatement à **comprendre** comment cela a pu se produire, où est **la faute** ou est **le dysfonctionnement** à corriger. On **interroge le passé** pour trouver des solutions ou déterminer des responsabilités.

« **Une crise** » est également crise de savoir : ce que l'on sait (ou ce que l'on aurait dû savoir), la façon dont on interprète des données éparses et parfois contradictoires en termes de danger et opportunité, la manière de donner forme à ses connaissances forcément parcellaires de la situation pour se projeter vers l'avenir. « **Une crise** » se propage, s'aggrave ou se résout par la circulation de messages, qu'il s'agisse d'alerte, de panique, d'ordres ou de contre-ordres, de discours rassurants, de communiqués, d'interpellations. Leur portée, leur vitesse, leur adaptation

ou leur capacité d'émerger du bruit ambiant sont des facteurs décisifs dans un sens ou dans l'autre. Corollairement, se pose la question de **la détection** de **« la crise »** dans le cas de système (famille, organisation, etc.) **« Une crise »** est pour un système, pour un ensemble coordonné qui obéissait à des normes, des directives où suivaient des routines, qui escomptaient sur des régularités, mais qui semble soudain ne plus obéir au même code, ne plus obtenir les mêmes résultats avec les mêmes processus et moyens, ne plus être assuré du futur.

Pensée que **« la crise »** est toujours une occasion de croissance, est un mythe. Ainsi, souvent, les souffrances et les déséquilibres issus de crises successives irrésolues outrepassent largement les ressources et les capacités d'adaptation.

Selon Roberts (2000), les principales caractéristiques de la crise sont les suivants :

- La présence d'un événement précipitant, perçu comme menaçant ;
- L'expérience d'un stress important généré par la situation ;
- Les sentiments croissants de perte de contrôle, de peur et de confusion ;
- Une détresse psychologique croissante qui envahit le quotidien de la personne ;
- Un déséquilibre prononcé dans le mode de vie et le fonctionnement social.

Au cœur de l'expérience de **« la crise »**, l'individu éprouve une réelle **détresse émotionnelle** et un état important de déséquilibre psychique et social. **La vulnérabilité** de la personne réduit ses capacités d'affronter adéquatement les difficultés éprouvées, et la personne ressent cet échec comme étant un **« stresseur**[iii] **»** additionnel qui accroît encore sa **détresse**. Elle se retrouve dans une ***SPIRALE ASCENDANTE*** d'inconfort et d'inadaptation qui conduit souvent à une demande d'aide ou à une référence par un tiers (Halpern, 1973, Roberts, 2000). **« La crise »** réfère aux sentiments de peur, de panique ou de détresse que ressent la personne dans le déséquilibre qu'elle vit et non seulement au déséquilibre comme tel (Gilliand et James, 1997; Roberts, 1995, 2000). Caplan insiste sur l'importance du sentiment d'inconfort que ressent la personne (Caplan, 1964; Halpern, 1973).

Lorsque les solutions sont inadaptés, inopportun ou **« *mésadaptée* »**, ce qui accroît encore le sentiment d'inconfort et de vulnérabilité. **« La crise »** s'inscrit ainsi dans une spirale d'inconfort et d'essai infructueux pour s'en sortir. La personne donne l'impression de se noyer dans ses problèmes et de se débattre plus ou moins futilement, rendant la personne désespérée et très susceptible d'accueillir favorablement l'aide offerte, si elle est disponible rapidement.

Lydia Rapaport, définit **« la crise »** comme un **« *ÉTAT SOUDAIN D'INSTABILITÉ PAR RAPPORT L'ÉTAT HABITUEL* »** qui place l'individu dans une condition de risque (angl. ***HAZARDOUS CONDITION***). **« La crise »** produit un perturbation lorsque l'**équilibre homéostasique** est rompu sévèrement et que la personne ne puisse rééquilibrer suffisamment les choses. Selon Rapaport, les problèmes conduisent à **« la crise »** sont perçus par l'individu comme une menace, une perte ou un défi insurmontable. Elle identifie en conséquence trois facteurs qui jouent un rôle dans **« la crise »**:

- Un événement précipitant qui déstabilise la personne ;
- La perception d'une menace ou d'un risque par la personne ;
- Une incapacité à résoudre les problèmes éprouvés.

[iii] Les agents déclencheurs des réactions de stress, sont les situations qui surviennent indépendamment des choix volontaires de la personne. Ils peuvent être aigus et sporadiques (situations transitoires branlant les habitudes quotidiennes) ou quotidiens et récurrents (chronique) comme pour les tracas de tous les jours. Les « stresseurs » aigus et sporadiques, ou situationnels et transitionnels, sont des événements déclencheurs qui ébranleraient probablement une majorité de personnes et causeraient chez elle des troubles émotifs.

« Une crise » peut se produire à divers moments de la vie, de manière épisodique, en fonction des événements vécus et de malchances parfois catastrophique. **« La crise »** peut également résulter d'une conjugaison de plusieurs facteurs tels que l'incapacité à mobiliser les ressources — cognitives, affectives, matérielles, relationnelles, sur lesquelles la personne peut compter —,la vulnérabilité initiale, et la tolérance au stress. **Le facteur** précipitant peut n'être qu'un événement somme toute relativement mineur ou anodin, mais s'ajoutant a une série de difficultés précédentes. C'est la goutte d'eau qui fait déborder le vase. Hoff (1995) indique que le facteur récitant peut en fait n'être qu'un simple signal indirect qui fait émerger soudainement la souffrance accumulée.

Certains ont **une tolérance** très élevée face au **stress** et à **la souffrance** et peuvent gérer des situations qui rendraient folles bien d'autre personnes ; a contrario, cette force intérieure peut aussi devenir une faiblesse quand elle conduit la personne à tolérer très longtemps des situations proprement invivables jusqu'au jours ou elle craque soudainement, d'un seul coup. Certaines personnes n'entre en crise qu'après une très longue période de difficultés majeures, de lourdes épreuves, qui représentent parfois une menace à la survie psychique et physique depuis des années (comme c'est souvent le cas dans la violence conjugale ou la violence psychologique et moral). **La tolérance aux stresseurs** dépend également de la capacité de la personne à aller chercher de l'aide autour d'elle. Il s'agit essentiellement de pouvoir être en mesure de s'appuyer un certains temps sur quelques personnes réellement fiables, qui nous connaissent bien et qui sont disposées à nous aider. Ainsi donc, la crise peut provenir d'un cumul de **« stresseurs »** de sources diverses ou plusieurs sphère de la vu d'une personne s'emble remise en cause fondamentalement, ce qui peut se présent fréquemment dans certaines situations ou condition socioéconomique.

J. S. Tyhurst (Roberts, 1995, 2000) a décrit les réactions initiales des personnes soumises à un stress important et il a ainsi pu observer l'existence d'un **« état transitionnel »** qui se subdivise en trous étapes : a) **l'impact**, quand la réaction de stress devient évidente par les sentiments de peur et d'agitation qui émergent ; b) **le repli sur soi**, quand le stress diminue quelque peu et que des réactions diverses de régressions temporaire émergent ; c) **la prise de conscience post-traumatique**, quand l'individu devient capable d'accepter ce qui lui est réellement arrivé et de prendre les mesures nécessaires. Le cumul de **« stresseur »** peut toucher davantage l'intensité que le nombre et être d'ordre nettement traumatique, comme le fait d'être victime d'une agression physique, psychologique et moral, ou sexuelle.

Caplan propose quatre stades de développement d'une **crise** (Caplan, 1964 ; Aguilera, 1998 ; Roberts, 2000) :

1. La personne va tenter de surmonter les difficultés à l'aide de ses moyens usuels de résolution de problème et d'adaptation quotidienne;

2. L'inefficacité de ces moyens habituels conduit à **une anxiété** croissante minant de plus en plus sa capacité de mettre en place des **stratégies de résolution de problèmes** (angl. ***COPING STRATEGIES***) ;

3. éventuellement, **l'anxiété** et **la souffrance** peuvent devenir de puissantes sources de motivations pour tenter – souvent par essais et erreurs – de nouvelles tentatives de solution ou d'ajustements aux difficultés éprouvées. Une remise en cause fondamentale s'enclenchera, certains buts personnels seront abandonnés et favorisera l'émergence de conduites menant à une réadaptation adéquate. Le problème sera redéfini, recadré, où certains aspects des difficultés seront considérés comme insolubles, et une forme de deuil pourra être entreprise ;

4. toutefois, si les efforts restent inefficaces, **l'anxiété** va continuer de croître et l'individu va finit par atteindre **un seuil de rupture** (angl. ***BREAKING POINT***) qui pourra générer **une désorganisation psychique et sociale** encore plus accentué. La personne peut s'enliser dans un réflexe de procrastination et un problème de santé mentale plus important peut émerger (épisode dépressif, crise psychotique, etc.) et nécessitera une prise en charge plus importante.

A cette dernière étape, l'inefficacité des efforts de la personne en **« crise »** peut être causée par les éléments suivants (France, 2002) :

- l'impossibilité de réagir adéquatement à la détresse émotionnelle soit par une (*sur*)utilisation des mécanismes ne favorisant pas la mobilisation et qui ne font que contribuer a exacerbé encore davantage ;

- la présence d'un champ de vision de plus en plus fermé face aux difficultés éprouvées, l'adaptation cognitive étant impossible et la personne ayant tendance à devenir de plus en plus rigide, inflexible, enraciné dans ses convictions inadaptés.

Les personnes vulnérables sur le plan de **la santé mentale** ou de **l'adaptation sociale** sont forcément plus à risque de vivre ou même plusieurs épisodes de crise dans leurs vie ; il ne faut donc pas négliger d'interpréter la crise en fonction de l'ensemble des difficultés qui ont été vécues par la personne dans sa vie. La crise présente parfois l'occasion de résolution de conflits interpersonnels ou intrapsychique plus anciens, primitifs, les « *unfinished business* » (fr. ***AFFAIRES NON LIQUIDEES OU GESTALT INNACHEVÉ***), vont souvent émerger à nouveau dans les moments de crise, redevenir conscients, sources de souffrances et par conséquent motivateurs dans la recherche de solutions novatrices. Elle peut donc s'inscrire dans la reproduction d'un scénario antérieur de souffrance relationnelle et constituer une remise en scène de dilemmes anciens. Sous l'influence d'une crise, difficultés qui reviennent constamment hanter la personne exacerbe l'émergence d'une « **compulsion de répétition** » encourage d'autant plus des **comportements répétitifs mésadaptés**. A contrario, « **la crise** » favorise la possibilité de remettre en question ces mêmes scénarios répétitifs (compulsion de répétitions) et de permettre d'expérimenter de nouvelles expériences de vie. Elle rend compte de la nécessité de liquider ce conflit afin d'investir dans sa vie présente.

« **La crise** » n'est pas en elle-même de nature **psychopathologique** ; elle ne correspond pas forcément à une vulnérabilité préalable sur le plan de la santé mentale ou à un parcours psychiatrique. Toute personne peut se retrouver en situation de crise à un moment ou à un autre de sa vie. « ***La crise*** » peut représenter un tournant important, charnier, incontournable et éventuellement propice à des changements favorables pour la personne ou son milieu. « **La crise** » peut même rapprocher les personnes et permettre l'éclosion de nouvelles solidarités.

DE LA DEFINITION

« **La crise** » peut être définie comme étant une brève période de transition durant laquelle la personne est confrontée à une vive souffrance et à des choix significatifs (Caplan, 1964; France, 2002; Roberts, 2000).

Selon Gérald Caplan, l'un des auteurs importants du domaine de l'intervention auprès de personnes en crise, **la crise** est : « ***[...] UNE PÉRIODE RELATIVEMENT COURTE DE DÉSÉQUILIBRE PSYCHOLOGIQUE CHEZ UNE PERSONNE CONFRONTÉE À UN ÉVÉNEMENT DANGEREUX; CET ÉVÉNEMENT REPRÉSENTE UN PROBLÈME IMPORTANT POUR LA PERSONNE : ELLE NE PEUT NI LE FUIR NI LE RÉSOUDRE AVEC LES RESSOURCES HABITUELLES D'ADAPTATION***[81] ». Les ressources habituelles d'adaptation de la personne ne suffisent alors plus, ou ne sont plus fonctionnelles en raison du haut degré d'anxiété, ou sont (sur)sollicitées. La personne se trouve paralysée, coincée, ne pouvant fuir ni résoudre les problèmes.

Caplan fut le premier chercheur à faire le lien entre le concept de **l'homéostasie**[iv] et de **l'intervention de crise** et à décrire les stades présumés de « **la crise** » (Roberts, 1995, 2000). Selon Caplan, « **une crise** » est le résultat d'un déséquilibre soudain que celui-ci ne peut pas résoudre ce déséquilibre en ayant recours à ses moyens habituels de résolution de problèmes. Chaque personne réussit normalement à équilibrer de façon relativement stable sa vie quotidienne et ses états affectifs et cognitifs antérieurs. Quand cet état d'homéostasie est rompe, la personne cherche à retrouver cet équilibre en appliquant ses méthodes habituelles de résolution de problèmes : si elle n'y réussi pas, elle est en crise (Roberts, 1995, 2000).

Lindemann et ses collègues ont observé que bon nombre de personnes traversant un deuil difficile éprouvent au moins cinq symptômes : des troubles somatiques, d'intenses souvenirs de a personne décédée, de la culpabilité, des sentiments agressifs, des modifications dans leurs comportements habituels.

[iv] Stabilisation des différentes constantes physiologiques chez les organismes vivants.

En outre que **« le deuil »** représente un type particulier de crise. **La théorie psychanalytique du deuil** établit par Freud et reprise par une multitudes d'auteurs, dont Lindemann (Jonosik, 1994), postule que **le deuil** génère successivement des réactions de défense (rationalisation, déni, etc.), de repli, de travail psychique graduel (angl. ***WORKING THROUGHT***) lié aux émotions de peine, de peur, d'hostilité, puis de détachement progressif et de retour des capacités d'attachement affectifs. Faire **« un deuil »** est donc un processus qui ne relève par des seules capacités cognitives ni de la seule volonté. **Le deuil** est également présent avec des modalités particulières pour tout autre **« deuil significatif », réel ou symbolique**, quand une perte importante se présente.

LES CINQ PHASES DE LA CRISE

« Les crises » se présentent subitement et la personne a l'entière responsabilité de vaincre cette épreuve. Elles perturbent l'organisme, monopolise l'énergie et relègue au second plan toutes les activités habituelles. Pendant **« une crise »**, l'équilibre interne de la personne est perturbé. Ce désinhibitrice entraîne une désorganisation, la fragilisation de la personne — une régression narcissique normale — et ramène cette dernière à son instinct de survie et met en branle des mécanismes visant le retour à l'équilibre.

Une épreuve importante force la personne à prendre position et à réagir. Pendant cette période de transition inconfortable, elle semble régresser et résister au changement ; on observe un renforcement d'attitudes conservatrices — une régression narcissique normale — ou d'attitudes qui révèlent des **difficultés d'adaptation** comme **la fuite, la dépression, l'anxiété**, ou encore **des réactions qui semble exagérées**. Ces phénomène sont parfaite normale compte tenu de **« la situation de crise »**.

Selon France (2002), la crise présente cinq caractéristiques importantes :

1. Les crises sont précipitées par des événements dits **« déclencheurs »** qui dépassent les capacités usuelles d'une personne à résoudre ses problèmes. Il suffit parfois d'un incident mineur venant chapeauter d'autres événements difficiles, pour précipiter la crise.

- Tous et toutes sont susceptibles d'éprouver des difficultés dans la vie et des moments transitoires de crise;
- les crises son foncièrement idiosyncrasiques : **la perception** que la personne a des événements et l'interprétation qu'elle en fait des circonstances sont aussi importants, sinon essentiels et plus importants encore, que les événements eux-mêmes;
- les crises sont généralement résolues à l'intérieur d'une certaine période de temps limités, qu'elle soit résolue ou irrésolue. Il est également possible d'être en crises successives et récurrentes tellement les crises sont rapprochées l'une de l'autre et qu'il est difficile de percevoir les accalmies;
- la résolution d'une crise peut être positive et permettre une adaptation à la situation, où elle peut être négative, problématique et conduire à une désorganisation accrue à moyen ou à long terme.

LA DESTABILISATION

À la suite **« d'un événement déclencheur »**, la personne se trouve déstabilisée, figée, perplexe, fébrile. Elle prend conscience d'une situation problématique, et ce, de manière soudaine et imprévue. La personne est désorganisée et ses ressources corporelles, matérielles, psychologiques et spirituelles sont démobilisées. En état de choc, la personne pourra décider de prendre la voie de la fuite **« en avant »** ou dans l'imaginaire, le déni ou de la régression. L'immobilisme prend la forme d'une peur paralysante, ou l'inaction peut devenir un réflexe, subjugué par l'anxiété issue de la déstabilisation.

LA PERTE DE CONTROLE

Puisque les ressources mobilisées, les stratégies d'adaptation se sont avérées inefficaces, la période d'instabilité s'est prolongée et la situation s'est aggravée. La personne a perdu le contrôle de la situation et se retrouve en mode de survie, à gérer des urgences auxquelles elle n'était pas préparée. Entraînées dans un changement

fondamental majeur dont elle ne contrôle pas l'issue, la capacité d'adaptation, la flexibilité et la résistance aux chocs (résilience) influenceront l'issue de la crise. La personne doit faire face à la tempête en priorisant ses actions, en préservant ses fonctions vitales et en mettant en branle son arsenal de défenses afin de neutraliser la menace et de favoriser un retour à la normale. Durand cette période de grande vulnérabillté et d'intense agitation la personne devra mettre en œuvre des solutions novatrices et concrètes, afin d'éviter le repli sur soi, le surmenage ou l'aggravation de la situation problématique.

LA RESORPTION OU LA DISPARITION PROGRESSIVE D'UN PHÉNOMÈNE NUISIBLE

Après avoir atteint un seuil critique de déstabilisation, une forme d'homéostasie est retrouvée et une période de décompression est enclenchée de manière à favoriser un retour à la « normale ».

LA DIGESTION

La personne se désensibilise progressivement de la perturbation qu'elle à traversée. Elle fait un retour sur la situation pour comprendre, digérer et intégrer cette expérience. La crise devient une occasion de changement personnel, d'évolution, de révolution ou de renaissance.

LE RETOUR A L'EQUILIBRE

Les personnes survivantes sont métamorphosées par une crise majeure, ont développé des habiletés transférables et ont acquis une certaine sagesse. C'est riche de cette renaissance, de ces nouvelles expériences que la personne reprend le cours normal de ses activités tout en demeurant conscient de sa vulnérabilité et de ses besoins d'aide.

LA CICATRISATION

On analyse l'épreuve qu'on viens de traverser, en tirer les enseignements pertinentes et s'affairer à se reconstruite lorsque l'on a été lourdement affecté et bouleversé. Ce n'est que comme suite à l'épreuve que l'on puisse réaliser que l'épreuve s'est avérée un puissant moteur de changement.

DES TYPES DE CRISES

Il est possible de dégager les principaux type de **crises**, soit :

1. **la crise anxieuse** (crise de panique, crise d'angoisse): l'événement déclencheur est généralement difficile à identifier ; la source de l'anxiété est diffuse, complexe. la crise anxieuse rend la personne confuse et embrouillée

2. **la crise dépressive** : l'événement déclencheur est généralement **une perte**. La personne en **crise dépressive** se caractérise par un profond pessimisme et une incapacité à contrôler ses sentiments, de découragement, d'accablement, l'expression **d'agressivité**, et une baisse de **l'estime de soi**. Le choc est brutal ; la personne n'arrive pas à y croire, tente de nier la réalité. Elle se caractérise également par une apathie — **un état dépressif** et **indifférence affective** marquée qui sont associés à une diminution **de l'activité** et **de l'initiative** — et **une léthargie**, état d'abattement et de torpeur, peut s'installer affectant également **la motivation**;

3. **la crise suicidaire** : se caractérise par des idéations suicidaires, des projets suicidaires et des tentatives de suicides. ;

4. **la crise relationnelle** : cette dernière concerne habituellement des conjoints, des parents ou des enfants. Les événements déclencheurs peuvent être très variés. Cependant, les principaux sont rattachés par des difficultés de communication. La communication est coupée et plus rien n'est exprimé. La frustration s'installe dans la relation entraînant des comportement tel que : la fermeture, le repli sur soi, la violence physique ou psychologique, etc. **La violence conjugale, la violence faites aux enfants** en sont autant de manifestations. Paradoxalement, le comportement violent est aussi un aveu d'impuissance de la part de celui qui y recourt. La victime n'a souvent d'autre solution que de fuir pour se protéger.

5. **la crise traumatique** : survient à la suite d'un choc violent qui perturbe l'équilibre de l'appareil psychique d'une personne. Ce choc peut être causé par un seul événement, par une succession d'événements. La personne ayant vécu ce choc reste marqué, obsédée par cet événement : elle revoit continuellement la scène du drame, fuit les situations ou il pourrait se reproduire, développe des phobies multiples, fait des cauchemar de façon répété. La verbalisation du traumatisme, revivre les émotions qui sont restés bloquées pour arriver à les accepter.;

6. **la crise d'adaptation** : cette crise suivit quand une personne en difficulté à s'adapter à un changement dans sa vie. La crise d'adolescence en est un exemple patent. Si les conditions environnementales et situationnelle deviennent trop contraignante l'adaptation devient pratiquement impossible. La « **mésadaptation** »[v] s'installe dans diverses sphères de la vie de la personne et la personne perd contrôle sur sa propre vie, sur son fonctionnement physique, psychologique et social. La crise d'adaptation peut prendre différents formes selon les traits de personnalité : épisode dépressif, comportement antisocial, ruptures dans les relations interpersonnelles, etc.;

7. **la crise psychotique** : cette crise est caractérisé par les mêmes comportements, les mêmes symptômes retrouvé dans une psychose : bizarreries, hallucinations et délires. On observe une perte de contact avec la réalité et une incapacité de la personne à maintenir son fonctionnement habituel (travail, études, hygiène personnelle, relations).

Gilliland et James (1997) distingue de leur coté trois types de crise :

1. les crises transitionnelles liés au cycle de vie ;
2. les crises situationelles
3. les crises existentielles

DE LA RESOLUTION DE CRISE

A l'aide de techniques intellectuelles — qui concerne l'intelligence et les choses de l'esprit — des façons de faire efficaces, où interviennent des instruments, des médiums et des vecteurs destinés à garder, traiter et diffuser de l'information :

- **La rhétorique** ou art d'agir sur les gens pour les convaincre par des discours efficaces, des images, des symboles. Tout dépendra souvent de l'autorité d'un mot, de l'influence d'une déclaration. C'est aussi l'art du discours; ensemble des procédés et des techniques permettant de s'exprimer avec éloquence, de convaincre, de persuader ;
- Le rapport de recherche ;
- Le mémoire,
- Les lettres.

On distingue généralement trois types de **résolution de crise** :

1. la résolution adéquate ;
2. le retour à l'équilibre antérieur ;
3. la résolution inadéquate.

[v] Difficulté d'adaptation d'un individu à son environnement social, généralement transitoire.

DE LA PERSPECTIVE COGNITIVISTE

Les théories de la crise s'appuient sur **le modèle de Caplan** et de l'apport de Lazarrus. L'approche est donc principalement cognitive, axé sur les capacités de résolutions de problème des individus. Toutefois, la pratique des centres de crise permet de documenter la présence d'une clientèle récurrente, souffrant de psychopathologies importantes. En outre, on ne fait pas assez ressortir les aspects systémiques et familiaux des problèmes éprouvés et on n'approfondit pas suffisamment le rôle considérable que joue, positivement ou négativement, le réseau social élargi du sujet.

La perception, la cognition et l'attribution subjective d'un sens et d'une intensité à un événement stressant jouent un rôle déterminant dans la capacité de l'organisme de réagir, de se mobiliser et de maîtriser la situation. Cette **perception** n'est pas aléatoires : elle dépend du style cognitif de la personne, c'est-à-dire de la manière dont la personne interprète et utilise l'information (***TRAITEMENT DE L'INFORMATION***) qui lui parviennent de son environnement.

Selon Bard et Ellison (1974 : Roberts, 2000), **« La crise »** est donc le résultat de l'interprétation que fait l'individu de la gravité de sa situation et des moyens d'action qui lui semblent possibles. Une crise est donc tributaire d'une perception et non seulement des faits.

Dans **la perspective cognitiviste**, on postule que **« la crise »** est un processus comprenant au moins deux temps : a) l'émergence d'un événement perturbateur qui contribue a déséquilibrer l'individu et qui peut par ailleurs s'insérer dans un cumul de situations difficultueux, et b) la représentation que se fait la personne de l'impact qu'aura les événements sur son mode de vie, ses relations interpersonnelles, son équilibre affectif et psychique. **Le style cognitif** est en lien avec le tempérament ou la personnalité de l'individu, mais également avec ses mécanismes de maîtrise et de défense dans sa réaction au stress. Enfin, le style cognitif influence la capacité de l'individu de décoder avec réalisme ce qui se produit : son processus de résolution de problème en dépend directement puisque l'évaluation détermine **l'émotion** et **l'action** (Aguilera, 1998). **Le style cognitif**, outre son rôle dans la capacité de percevoir avec réalisme ce qui nous entoure, permet d'y donner à un événement une valeur de valence[vi] (positive ou négative), ou plus précisément, un **clivage des objets** qui serait la défense la plus primitive contre l'**angoisse**.

La représentation que nous avons de la réalité est donc aussi importante que la réalité elle-même. Une interprétation qui conduit à un sentiment de menace pour son intégrité, sa sécurité ou son équilibre fait croître l'anxiété. **L'anxiété** est nécessaire à **L'adaptation** tant qu'elle peut être contenue dans des limites raisonnables : elle sert de signal d'alarme pour organisme. **L'anxiété** est donc une réaction normale à un danger réel ou appréhendé. Toutefois, elle conduit la personne à se spécialiser ses réactions cognitives : son champ de perception se réduit, sa capacité de fonctionnement dans les autres aspects de sa vie est minée (Aguilera, 1998; France, 2002). La capacité d'action restreinte par la crise accroît souvent l'état d'anxiété. **L'anxiété** devient alors un **handicap**, menant vers un trouble de **l'adaptation**, et constitue elle-même une menace pour **l'équilibre psychique** de la personne.

Cannon (1929, 1939, voir Aguilera, 1998) développa une théorie en considération des sources d'anxiété. Selon sa théorie, une personne qui a peur se retrouve confronté à un réflexe de lutte ou de fuite (angl. ***FIGHT OU FLIGHT RESPONSE***) qui, en déterminant l'action, permet éventuellement de résoudre la difficulté et de retrouver homéostasie. Cette réponse est alimentée par divers **mécanismes de maîtrise ou stratégies d'adaptation** qui permettent à l'individu de recourir à son expérience de vie, à son jugement, à ses capacités de créativité pour affronter les situations difficiles en se mobilisant mentalement et affectivement.

[vi] Attirance ou répulsion qu'éprouve un sujet à l'égard d'un objet ou d'une activité.

Ces **mécanismes** relèvent des parties du Moi qui sont relativement libres de **conflit psychique**, tel que l'ont esquissé Heinz Hartmann[vii] et les théoriciens de **la psychologie du Moi** (angl. ***EGO PSYCHOLOGY***)[viii]. Toutefois **les mécanismes de défenses de la psychanalyse**[ix] peuvent également jouer un rôle important dans le survie psychique de la personne : il ne faut donc pas les voir uniquement sous l'angle psychopathologique mais égalment comme des processus transitoires qui peuvent permettre à l'organisme de s'adapter t de survivre (Aguilera, 1998).

Chaque personne dispose d'un arsenal de stratégies — sociales, cognitives, spirituelles — d'adaptation aux événements perçus comme perturbant l'homéostasie. Ces événements, ou **« stresseurs »** situationnels, génèrent un sentiment de déséquilibre et forcent la mise en action des mécanismes de protection de la personne. Ces mécanismes sont parfois conscients, parfois inconscients, parfois volontaires ou involontaires Il peut y avoir un moment intense de déséquilibre **« *paroxysiste* »**, pratiquement de terreur psychique, où la personne se sent paralysée, incapable d'utiliser ses ressources et son potentiel de défense. En outre, **les stratégies d'adaptation** font parfois elle-même partie du problème car elles sont devenues inopportunes de par le contexte de la situation. Ainsi, les **mécanismes d'adaptation** peuvent aussi casser devant la charge et la pression de l'anxiété. Egalement, on ne saisit pas toujours bien l'impact du stress de la pauvreté :

- la personne pauvre est contrainte à des capacités réelles d'action et d'autonomie limité et quasi-inexistant ;
- Une pauvreté qui se prolonge a des effets négatifs sur le plan de la baisse d'estime de soi et de la honte ressentie. Quand des événements perturbateurs se produisent dans une situation ou il y a déjà une grande pauvreté, la vulnérabilité de la personne (et de son réseau) ne peut qu'en être accrue : précarité résidentielle, itinérance, sans-abri, précarité socioéconomique, etc.

Le modèle de Caplan s'articule en fait autour de **la théorie de l'émotion** de Lazarus qui postule que la nature de **la réponse émotionnelle** est déterminée par **le processus cognitif d'évaluation des configurations situationnelles** en lien avec la **signification personnelle** (attribution) accordé à la situation perçue (Halpern, 1973). Lazarus postule deux niveaux d'évaluation :

1. **l'évaluation primaire**, qui détermine si la situation présente une menace (évaluation du risque immédiat) ;
2. **l'évaluation secondaire**, qui détermine les possibilités de réaction de l'individu, et donc concerne la phase de **résolution de problèmes**.

D'après Lazarus, **« Une crise »** est le résultat d'une évaluation primaire déterminant qu'une situation représente un **risque** (réel ou imaginaire), et **l'évaluation secondaire** ou l'individu constate que son répertoire de mécanismes de résolution de problèmes est insuffisant pour faire face aux situations problématiques (Halpern, 1973). **Les évaluations primaires et secondaires** s'enchaînent dans une spirale continue : chaque nouvelle donnée est réévaluée à la lumière des tendances cognitives et des capacités de réaction de l'individu.

« Le stress » est conçu comme étant le produit d'une **évaluation cognitive** : **l'évaluation** contribue fortement au stress ressenti. **La personne construit cognitivement sa relation avec son environnement, et le stress survient dans l'interaction entre la personne et cet environnement.** Si l'événement est perçu comme

[vii] Heinz Hartmann est un psychiatre et un psychanalyste né à Vienne en Autriche en 1894 et mort à Stony Point (New York) en 1970. Il est considéré comme le fondateur et l'un des principaux représentants d'un courant théorique que l'on désigne sous le nom de « l'ego-psychology ».

[viii] C'est Heinz Hartmann qui a introduit pour la première fois en 1937 ce concept et Il insiste sur les fonctions « aconflictuelles » du Moi et sa fonction d'adaptation à la réalité. En dehors de Hartmann, Ernst Kris et Rudolph Loewenstein sont connus pour avoir contribués à l'édification de l'ego-psychology. Voir « La psychologie du Moi et le problème de l'adaptation », PUF, Paris, 1968.

[ix] Anna Freud (1895-1982). L'influence d'Anna Freud se manifestera aussi dans l'ego-psychology, « psychologie du Moi », école qui s'est beaucoup développée aux États-Unis. Voir « *Le Moi et les mécanismes de défense* », éd. Presses universitaires de France, 2001.

menaçant, « le stress » psychologique émerge. A contrario, un événement ne sera pas vécu comme un **stress** si l'individu le considère comme anodin.

L'individu est en interaction constante avec son environnement. Des grappes d'accident (angl. ***CLUSTERS***) peuvent aussi survenir simultanément dans la vie d'une personne et peuvent se superposer à des crises plus proprement transitionnelles. Plus les **« tresseurs »** sont forts, plus ils s'accumulent et plus la personne est fragilisée.

Lazaus (1991, Lazarus et Folkman, 1984) distingue deux types fondamentaux de **stratégies d'adaptations** :

1. **les stratégies axées sur le problème** concernent tous les efforts faits par l'individu pour tenter de résoudre concrètement ses difficultés (prendre des décisions, recherches de l'information, modifier des comportements bien précis, aller chercher de l'aide) ;

- **stratégies orientées vers l'émotion** concerne les efforts cognitifs de la personne pour tenter de changer la signification perçue de l'événement et donc son impact en ce qui a trait au stress ressenti.

Dans la foulée des travaux de Lazarus, Bancroft identifie quatre stratégies d'adaptation principales :

1. **le comportement cognitif de résolution de problème;**
2. **la régression;**
3. **le déni** : la perception de la réalité est faussée et ignorée;
4. **l'inertie** : un état d'inertie, de procrastination, d'inactivité ou de retrait fondé sur le sentiment qu'il n'y a aucune solution pratique au problème.

Quoi qu'il en soit, malheureusement, **les stratégies d'adaptation** ne sont pas toujours efficaces, opportunes, optimales ou pertinentes : elle risque parfois de créer de nouvelles sources de stress et d'accroître les difficultés de la personne.

Le sentiment de contrôle qu'a l'individu sur sa propre vie est un facteur déterminant dans **le stress** ressenti à court et moyen terme : **les croyances personnelles** et **les schèmes cognitifs** jouent un rôle significatif dans le sentiment qu'il est possible de changer quelque chose à la situation vécue. En outre, **l'évaluation cognitive** de la personne est soumise aux vicissitudes qui affaiblissent souvent l'inefficacité. Janosik (1994) a décrit l'influence des distorsions cognitives dans les situations de crise. La distorsion cognitive biaise la perception de la situation perçue avec réalisme par la personne en crise, percevant à travers un prisme déformant constitué par ses attributions de blâme (ou **d'autoresponsabilisation**), par ses tendances cognitives à se considérer comme en contrôle ou non de ce qui lui arrive et par la tonalité affective qui émerge à divers moments de **la crise**. L'aide extérieur est donc essentiel puisque **les distorsions cognitives** viennent empirer la crise et conduite à des choix néfaste, puisque la crise elle-même est déterminée par la perception des événements : l'interprétation que fera une personne de sa situation déterminera ses sentiments et sa réaction.

Janosik (1994) décrit les **distorsions cognitives** le plus courantes :

- **la généralisation** : la tendance à élargir le problème ou à tirer des conclusions trop globales et trop définitives à partir d'un seul incident;
- **l'exagération** : la tendance à exagérer fortement le sens, la menace perçue ou la réaction affective en lien avec l'événement déclencheur;
- **la minimisation** : la tendance inverse à trop diminuer, à restreindre où a douté de la portée et du sens d'un déclencheur significatif;

- **la polarisation** : la tendance à aller en spirale d'un sentiment ou l'on se croit responsable de tout au sentiment inverse, ou on se perçoit victime de tout devant l'événement déclencheur.

- **La perception sélective** : la tendance à ne percevoir ou à ne donner de l'importance qu'à un seul détail de l'ensemble du problème;

- **L'Inférence inadéquate** : la tendance à tirer des conclusions inappropriées à partir des informations disponibles.

De même, Seligman et collab. (Peterson et Selongman, 1984; France, 2002) observent que la perte de contrôle produite par la crise peut générer des interprétations cognitives problématiques face aux événements vécus. Seligman et ses collaborateurs décrivent ainsi trois dimensions de l'attribution :

1. **Personne/universel** : si la personne attribue ses difficultés à ses propres faiblesses ou à sa propre faute. Elle en ressentira de la culpabilité et une baisse de l'estime de soi, un fort sentiment d'inadéquation et de désespoir; par contre, si elle peut attribuer sa situation en partie à des causes externes, hors de sa volonté, elle se sentira moins coupable ou responsable;

2. **stable/instable** : si la personne considère que le problème est produit par des causes stables, permanentes, inamovibles, et peut conduire à se sentir incapable de changer quoi que ce soit dans sa vie; en contrepartie, croire que les sources des difficultés peuvent être instables, c'est-à-dire modifiables, transformables, permet d'envisager qu'on puisse changer ce qui doit l'être et reprendre le dessus sur les événements;

3. **global/spécifique** : si la personne a le sentiment qu'absolument tout va mal, que tout est à la dérive, elle n'aura l'impression qu'elle peut s'en sortir, si, par contre, elle perçoit ses difficultés comme étant spécifiques, identifiables, délimitées, elle aura un plus grand sentiment de pouvoir agir sur la situation.

Ainsi, le fait d'éprouver le sentiment d'avoir un certain contrôle sur ce qui arrive est directement lié à la motivation et à la créativité dans la résolution de problèmes (France, 2002).

Gilliand et James (1997) distinguent trois types de crises :

1. **les crises transitionnelles** liées aux cycles de vie. Ces crises sont générées par une adaptation difficile aux changements survenant dans le développement des individus et de leurs réseaux en fonction des transitions prévisibles du cycle de vie. Toutefois, elles peuvent aussi contribuer à créer des crises plus profondes, plus intenses, plus traumatisantes, qui peuvent perdurer ou même conduire à une détérioration marquée du fonctionnement social;

2. **les crises situationnelles** : concerne une crise qui se produit quand des événements imprévus ou extraordinaires surviennent et que la personne ne se sent pas en mesure de contrôles sa situation et de s'y adapter. Une crise situationnelle se distingue d'une crise transitionnelle en ce qu'elle est généralement le résultat du hasard, d'une situation inattendue et d'une catastrophe imprévisible;

3. **les crises existentielles** : ces crises ont trait aux conflits intérieurs et à l'anxiété qui résultent des prises de conscience liées à des problèmes affectifs, moraux, sociaux, qui remettent en question les choix fondamentaux d'une personne. Toutefois, on peut considérer que les crises existentielles forment un sous-groupe de crises transitionnelles, dans la mesure où elles se présentent typiquement à certains moments du développement dans des conditions en lien avec la maturation.

On peut postuler l'existence de deux principaux niveaux de crise – situationnel (ou événementiel) et transitionnel (ou maturationnel) qui peuvent toutefois fréquemment s'amalgamer pour produire la spécificité d'une crise. Les développements transitionnels sont liés aux cycles de la vie, ils sont également influencés par des facteurs culturels et générationnels : chaque époque a ses caractéristiques, chaque milieu ethnoculturel a les siennes.

Les crises transitionnelles sont liées à des marqueurs qui les caractérisent (Janosil, 1994). Ces marqueurs dépendent de chaque transition. Chaque marqueur est responsable de changement dans quatre zones distinctes de la perception intérieure de la personne :

1. perception des relations aux autres;
2. recherche d'équilibre entre la sécurité et les risques;
3. sentiments du temps qui passe (et de ses conséquences) ;
4. sensation intérieure de vitalité (ou de stagnation).

Chaque étape significative de la vie pose des défis particuliers à la personne, comme l'a bien d'écrit Erikson (1963; Janosik, 1994). Si les développements transitionnels sont liés aux cycles de la vie, ils sont également influencés par des facteurs culturels et générationnels : chaque caractéristique, chaque milieu ethnoculturel, a les siennes. L'individu est en interaction constante avec son environnement. On ne grandit pas, on ne vieillit pas de la même manière de génération en génération.

Les défis critiques de transition correspondant aux caractéristiques suivantes (Janosik, 1994) :

1. les individus se développent normalement selon des étapes progressives qui les conduisent à des sphères plus étendues d'interaction avec les autres;

- ce développement est déterminé non seulement par des facteurs internes (psychologiques), mais également par les situations concrètes et le milieu de vie dans lesquels les personnes circulent;
- les familles et les communautés influencent fortement la séquence, le rythme et la réussite des transitions.

Enfin, Janosik (1994) décrit un type mixte de crise (angl. ***COMPOUND CRISIS***) qui est formé d'une cascade de crises emboîtées historiquement les unes dans les autres. Ainsi, un événement « stresseur » pourra déclencher une crise, mais celle-ci renverra à une crise antérieure ou a une situation problématique toujours en suspens dans la vie de la personne. Cette crise antérieure peut elle-même retourner la personne à d'autres situations traumatiques de son enfance ou de son adolescence, ainsi de suite. Dans tous les cas, il s'agit de crises qui font ressurgir des souvenirs de situations qui ont été source de souffrances et qui ne sont toujours pas émotionnellement réglées par la personne (angl. ***UNFINISHED BUSINESS***).

Rappelons que les stresseurs, c'est-à-dire les agents déclencheurs des réactions de stress, sont les situations qui surviennent indépendamment des choix volontaires de la personne. Ils peuvent être aigus et sporadiques (situations transitoires ébranlant les habitudes quotidiennes) ou quotidiens et récurrents (chronique) comme pour les tracas de tous les jours. Les stresseurs aigus et sporadiques, ou situations et transitionnels, sont des événements déclencheur qui ébranlerait probablement une majorité de personnes e causeraient chez elles des troubles émotifs.

DE LA PERSPECTIVE SYSTÉMIQUE

L'individu en crise s'inscrit dans un système et peut donc être **« le symptôme d'un dérèglement systématique »** dans sa famille, sont groupe de pairs, sa collectivité. Une personne en crise peut donc représenter une famille en **« crise »**, et dans certains cas même, une collectivité tout entière en **« crise »**. Conséquemment, selon cette approche, il est convenable que certaines interventions doivent être entreprise non seulement avec les personnes concernées mais également avec leurs réseau (de proximité : famille, amis, ...) de leur milieu de vie.

De la crise psychosociale

La description d'une personne en situation de **crise psychosociale** telle que proposée par Caplan (1964) et Messick et Aguilera (1976) correspond à la situation d'une personne qui vit une période de déséquilibre et qui peut éventuellement retrouver son état d'équilibre avec un soutien approprié[82].

Lorsqu'une personne perd ses capacités habituelles à faire face aux événements stressants, on dira qu'il dépasse la frontière de l'équilibre pour se trouver dans un état de vulnérabilité (voir **la théorie de la résilience**). L'état de crise est une période de déséquilibre intense. Cette période se caractérise par trois grandes étapes : 1° une période de désorganisation qui culmine jusqu'à 2° une phase aiguë avant de conclure par 3° une période de récupération. Le déséquilibre issu de l'événement déclencheur engendre un ensemble de réponses adaptatives de trois ordres :

1. des réponses comportementales;
2. des réponses émotives;
3. des réponses cognitives.

La vulnérabilité se révèle par un épuisement du répertoire de réponses habituelles qui ne parvienne plus à réduire le niveau de tension et de détresse. L'individu en état de vulnérabilité évalue les situations négativement (cognition), et ces sentiments contribuent à accroître la tension, qui devient de plus en plus difficile à éliminer. L'épuisement des ressources cognitives peut provoquer une plongée dans le monde des émotions (souvent négatives) qui embrouille **la perception de la réalité**. L'individu se dirige rapidement vers une phase de désorganisation et de confusion émotive[83]. **La période de crise** et **de trouble intense** peut durer entre six à huit semaines[84] et se caractérise par une période pénible de désorganisation, de trouble et de stress importants, pendant laquelle l'individu tentera de trouver une solution acceptable, permettant de diminuer le niveau intense de tension.

L'événement déclencheur de **la crise** est souvent de nature **psychosociale** : une perte, une rupture, un deuil, une série d'adversité. Un événement tragique provoque souvent une chaîne d'événements difficiles qui rendront le maintien de l'équilibre de plus en plus précaire.

Le passage à l'acte peut se traduire par une fugue, une crise d'agressivité, ou toute autre façon qui permet d'éliminer momentanément le stress causé par une situation difficile.

L'intervention sera axée sur le rétablissement de l'équilibre, l'expression des émotions, **la compréhension des événements** qui ont mené à **la crise**, **l'apprentissage de nouvelles habiletés de résolution de problèmes et le recadrage cognitif**.

De l'intervention de crise

Quelque soit le type de **« crise »**, une personne en **« situation de crise vie »** généralement un état d'anxiété assez élevé ; sa confiance difficile a gagner.

Les concepts théoriques divergent selon la perspective anglo-saxonne ou américaine. Les auteurs américains (Caplan, 1964; Lamgsley, Machotka et Flomenhaft, 1971 ; Marmar et Horowitz, 1988 ; et d'autres) perçoivent la crise comme une période durant laquelle l'individu est submergé émotivement, alors qu'il aura une perception cognitive rigide et déformée par rapport à la réalité et qu'il connaîtra des difficultés à résoudre ses problèmes. L'intervention porte sur les événements présents et vise la résolution actuelle de **« la crise »** et un retour à l'équilibre.

Pour les auteurs européens (Andreoli, 1986); Ottino, 1999; Souris, 1988; et d'autres) **la réactualisation des conflits sous-jacente** demeure l'objectif thérapeutique, et l'intervention de crise vise à offrir à la personne un espace de transition « ***DANS LEQUEL LE SUJET POURRA ÉLABORER SES CONFLITS ET STRUCTURER DE NOUVEAUX ÉTAYAGES*** » (Souris, 1988).

Il existe plusieurs types d'intervention de **crises** issues des pratiques :

1. modèle de dépistage et d'évaluation (angl. ***SCREENING/ASSESSMENT MODEL***) [Burgess et Baldwin, 1981] ;
2. modèle de résolution de problèmes (Lecompte et Lefebvre, 1986);
3. modèle d'intervention de crise (Caplan, 1964 ; Messick et Aguilera, 1976 ; et Aguilera, 1995).

Le travail des intervenant en **situation de crise** se fait en crin étapes[85] :

1. premier contact et contrôle de la situation ;
2. évaluation de la personne et son système de soutien ;
3. utilisation de la technique « **d'autorésolution** » de problèmes ;
4. élaboration d'un plan d'intervention ;
5. fin de la relation.

De la relation d'aide

1. DE LA RELATION D'AIDE

Le clinicien dispose de modèles théoriques d'intervenions, de stratégies cliniques et de techniques d'intervention pour atteindre les objectifs établis lors de planification de **la relation d'aide.**

La planification de l'aide à partir résultats des travaux théoriques et empiriques relève du domaine de la prescription — recommandation précise d'un médecin, transmise verbalement ou par écrit sous forme d'ordonnance — de l'intervention. Un consensus sur la sélection des objectifs et des moyens d'intervention est difficile à atteindre en raison des divergences des points de vue concernant l'orientation à donner à la relation d'aide ainsi que des décisions multiples qui y sont rattachées[86]. Malgré cela, l'attitude rigoureuse est attendue de la part du clinicien, puisque l'acquisition et l'application des connaissances contemporaines relèvent du domaine de l'éthique[87],[88]. Or l'utilisation de résultats de recherche est souvent remplacée par l'expérience clinique, la formation reçue ou l'intuition thérapeutique[89].

1.1. DE L'ENTREVUE INITIALE

Le clinicien qui porte une attention particulière à **la planification de la relation d'aide** est davantage en mesure de prendre une décision clinique initiale de façon éclairée[90]. **L'entrevue initiale** permet de prendre connaissance des caractéristiques et des difficultés du client qui permettront de prendre les décisions cliniques[91]. **Le contrat thérapeutique** a pour but de favoriser la participation active du client aux prises de décisions cliniques[92]. La **documentation scientifique** permet au clinicien de valider les prises de décision clinique[93].

Selon le modèle de Beutler et Clarkin (1990), les principaux éléments cliniques à explorer lors de l'entrevue initiale :

- La nature et la sévérité des difficultés et les symptômes qui amènent la personne à consulter;
- la détresse motivationnelle;
- le style d'adaptation;
- le potentiel de résistance du client.

1.1.1. LA NATURE ET LA SÉVÉRITÉ DES DIFFICULTÉS ET LES SYMPTÔMES QUI AMÈNENT LA PERSONNE À CONSULTER

Le manuel le plus utilisé en Amérique du Nord pour établir l'évaluation diagnostique est le « *Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorders* » (DSM-IV) [American Psychiatric Association, 1994][94]. Ce type d'entrevue peut être mené de façon trop mécanique, ce qui peut nuire au processus thérapeutique. Cummings et Vandendos (1979) proposent d'aborder la question des symptômes en tenant compte de leur effet sur le fonctionnement psychosocial du client[95].

Beutler, Consoli et Williams (1995) ont déterminé les indicateurs qui permettent d'estimer le degré de sévérité de difficultés. Ces auteurs proposent des moyens d'intervention qui diffère selon le degré de sévérité des difficultés, soit une intervention centrée sur les symptômes lorsque la personne présente des difficultés moins sévères et une intervention thématique (ex. : *la thérapie cognitive béhaviorale*) lorsque les difficultés sont plus sévères[96]. Un instrument a été développé dans le but d'évaluer la présentation du client de ses difficultés lors de l'entrevue initiale[97] :

- La spécificité du contenu;
- la profondeur de l'analyse;
- la détresse apparente face aux difficultés;
- la détresse verbalisée face aux difficultés;
- le degré de compréhension des difficultés;
- L'ouverture à la négociation.

Lors de l'entrevue initiale, le clinicien devra observer la façon dont le client perçoit et verbalise ses difficultés et de mesurer son degré de réceptivité a l'égard de la relation d'aide. L'évaluation approfondie du client permet également de mieux tenir compte des caractéristiques de celui0ci lors de la planification des objectifs et des moyens d'intervention.

1.1.2. LA DÉTRESSE MOTIVATIONNNELLE

La détresse motivationnelle (également appelé **détresse psychologique**), fait référence au degré de détresse subjective expérimenté par le client[98]. **La détresse** ressentie peut motiver le client à changer dans le but de réduire son inconfort[99]. Cependant, la capacité de ressentir cette détresse varie d'une personne à l'autre. Ainsi, le clinicien devrait être attentif, d'une part, à savoir si le client s'accorde ou non le droit d'être en contact avec ses sentiments, et d'autre part, être attentif au phénomène de **la désirabilité sociale**.

En effet, certaines personnes iront jusqu'à se mentir à elles-mêmes pour présenter une image de Soi favorable aux autres. Certaines recherches ont souligné l'importance de la contamination sur **la détresse psychologique** par la **désirabilité sociale**[100]. De plus, la demande d'aide peut être considérée comme une atteinte narcissique et une

menace à l'estime de soi. Aussi, en entrant en contact avec sa détresse ou en la révélant à autrui, la personne en situation d'aide met à jour sa vulnérabilité, et son image d'elle-même s'en trouve nécessairement affectée.

Étant donné que la détresse motivationnelle peut influencer la relation d'aide au plan de la structure, du support et de la confrontation[98], il est important que le clinicien se fixe comme objectif d'aider le client à atteindre un niveau approprié de détresse motivationnelle. Un tel niveau s'observe par la motivation, l'efficacité cognitive et la performance motrice[96].

1.1.3. STYLE D'ADAPTATION

Afin de faciliter l'évaluation du style d'adaptation, Beutler, Consolu et Williams (1995) ont distingués certains indicateurs qui permettent d'établir les deux principaux style d'adaptation : soit l'internalisation et l'externalisation. Le style d'adaptation basé sur les comportements d'internalisation s'observe à partir :

- De l'autopunition;
- de l'intellectualisation;
- du blâme d'eux-mêmes;
- du contrôle excessif;
- du déni;
- du retrait social;
- de la somatisation.

Le style d'adaptation basse sur des comportements d'externalisation s'observe à partir :

- Du passage à l'acte;
- du blâme rejeté sur les autres;
- de peu de tolérance à la frustration;
- de l'évitement;
- des agressions envers les autres;
- de la recherche de stimulations.

1.1.4. LE PHENOMENE DE LA RESISTANCE

La résistance s'observe à partir de deux variantes : 1° la fin prématurée de la relation d'aide, 2° les comportements d'oppositions à l'égard du clinicien. Il est donc important d'évaluer, dès le début de la relation thérapeutique, le niveau de réceptivité du client à l'égard de la relation d'aide, puisqu'elle amène le client à entreprendre la relation d'aide, à fournir les efforts nécessaires tout au long du processus et à poursuivre malgré les difficultés éprouvées[101].

Une façon d'évaluer la réceptivité du client est d'observer les indicateurs de la motivation à entreprendre la relation d'aide. Sifneos (1979) propose une définition opérationnelle de la motivation composée de 7 critères[102] :

- L'habileté qu'aura le client à reconnaître la dimension psychologique du problème;

- la tendance à l'introspection;
- l'honnêteté à l'égard de ses difficultés émotives;
- la capacité de participer activement au traitement;
- la curiosité à l'égard d'une meilleure compréhension de soi-même;
- la capacité à changer, à explorer et à expérimenter;
- la capacité de renoncement.

Beutler, Consoli et Williams (1995) ont trouvé quelques indicateurs qui permettent d'établir dans quelle mesure le client est plus ou moins résistant. Le client qui manifeste de la **résistance** à un niveau moins élevée a tendance à :

- Accepter les directions données par les cliniciens;
- faire preuve de tolérance à l'égard des événements hors de son contrôle;
- effectuer les devoirs prescrits par le clinicien;
- démontrer une ouverture aux expériences.

Le client qui manifeste de la **résistance** à un niveau élevée a tendance à :

- Démontrer un besoin d'autonomie;
- refuser les interprètes;
- réagir de façon paradoxale aux interventions;
- ne pas compléter les devoirs prescrits par le clinicien.

L'évaluation de la nature et de la sévérité du problème, de la détresse motivationnelle, du style d'adaptation et de la résistance permet à l'intervenant de planifier la relation d'aide à partir des caractéristiques individuelles du client. Ces informations sont essentielles pour planifier le mode d'intervention (médical, psychosocial), la forme (individuelle, familiale, en groupe), l'intensité (durée, fréquence) et les objectifs immédiats[103].

1.2. CONTRAT THERAPEUTIQUE

Le contrat thérapeutique est un moyen utilisé pour discuter des éléments reliés à la planification de la relation d'aide[91]. Les principaux éléments à aborder lors de cette discussion sont la fréquence et la durée des rencontres, les rôles du client et du clinicien et les indicateurs du progrès[90]. Lors de l'établissement du contrat thérapeutique, le clinicien devrait favoriser la participation active du client. Il utilisera la discussion entourant le contrat à des fins éducatives afin de préciser les modalités organisationnelles et cliniques, et ainsi, réduire les distorsions et présenter une image la plus réaliste possible de ce qui est attendu par rapport aux progrès.

Le contrat thérapeutique — formel ou informel — précise les obligations éthiques, les facteurs qui limitent la confidentialité et les informations relatives à la relation d'aide permettent au client de faire un choix éclairé et de maintenir des attentes irréalistes. À cet égard, Kleinke (1994) propose huit thèmes à aborder dans le but de bien informer le client :

- Les procédures et les objectifs thérapeutiques;

- le rôle de l'intervenant et ses qualifications;
- l'inconfort et les risques qui peuvent résulter d'une relation d'aide;
- les effets bénéfiques pouvant être attendus;
- les autres solutions à la relation d'aide (groupes d'entraide, soutien des proches, etc.) ;
- la garantie que toutes les questions posées à l'égard de la relation d'aide ont une réponse en tout temps;
- le droit au client à mettre fin à la relation d'aide en tout temps;
- la question de la confidentialité, du consentement et tout autre principe éthique jugé pertinent.

Le contrat entre le moyen privilégié pour clarifier et partager les responsabilités entre l'intervenant et le client et ainsi susciter la participation de ce dernier[164].

1.2.1 LE DÉBUT DE LA RELATION D'AIDE

Les informations requises du client au début de la relation d'aide se rapportent essentiellement aux modalités de fonctionnement (durée, fréquence, numéro de téléphone d'urgence, etc.). Le diagnostic, la motivation, les attentes, la situation financière, les ressources issues de l'environnement, le contexte, le modèlent et les modalités d'intervention peuvent avoir un effet sur la durée de la relation d'aide[104]. La fréquence des rencontres peut varier, selon le type de problème et les objectifs poursuivis[90].

1.2.2 LE RELATION D'AIDE PROPREMENT DITE

Strupp et Bloxom (1973) soutiennent que la préparation du client à l'égard de la relation d'aide permet[105] :

- De transmettre au client des informations précises à propos du processus thérapeutique;
- de démystifier les idées préconçues à l'égard de la relation d'aide;
- D'inciter le client à concevoir la possibilité d'Un changement thérapeutique;
- D'amener le client à percevoir de façon plus réaliste ses difficultés et la résolution de celles-ci.

Dans l'objectif de préparer le client à la relation d'aide, le clinicien peut utiliser le modèle centré sur l'induction du rôle qui propose quatre éléments éducatifs à aborder lors de la rencontre initiale[106] :

- Une description de la relation d'aide : le manque d'information peut augmenter l'anxiété et faire apparaître des symptômes secondaires comme la honte, le sentiment d'impuissance, l'humiliation et la démoralisation. Les explications directes à propos de la relation d'aide peuvent rassurer le client et l'aider à reprendre le contrôle face à la situation qui l'amène à consulter[104]. Plus spécifiquement, le clinicien comme le but de la relation d'aide, les étapes de la relation d'aide, les techniques d'intervention et le pronostic[107];
- les comportements attendus de la part du client et du clinicien : Hanna (1996) propose quatre caractéristiques du client comme étant des précurseurs de changement. Il s'agi : 1° de la motivation, 2° de l'engagement, 3° de la capacité de réaliser le changement et 4° de la capacité de surmonter les obstacles au changement[108]. La croyance du client à l'égard de la possibilité du changement fait référence à un certain nombre d'éléments[109].
- la préparation à l'égard de certains phénomènes comme la résistance;

- les attentes face à l'amélioration d'ici les quatre prochains mois.

1.2.3 LA FIN DE LA RELATION D'AIDE

La fin de la relation d'aide est un thème qui devrait être abordé dès la première rencontre[110]. La fin de la relation d'aide implique les questions d'indépendance et cde dépendance, d'activité et de passivité, de confiance en soi élevée ou peu élevée et de deuil résolu et non résolu[111]. Cette discussion devra mettre l'accent sur les capacités de changement du client[93]. Un accord mutuel et systématique au sujet de la fin de la relation d'aide peut également faciliter l'atteinte de résultats thérapeutiques[112].

2. DU PROCESSUS THÉRAPEUTIQUE

Le processus thérapeutique s'appuis sur le développement d'une relation interpersonnelle entre le client et le clinicien visant à atteindre les résultats escomptés[92]. Le processus thérapeutique comprend trois principales étapes que l'on trouve dans la plupart des théories sur la relation d'aide, soit : 1° l'établissement de la relation d'aide, 2° l'exploration des difficultés, et 3° la mise en pratique des acquis[113].

Depuis 1950, les chercheurs n'ont pu conclure que les effets bénéfiques de la relation d'aide sont attribuables à un modèle en particulier[114,115,116,117,118,119,120]. Les facteur communs à tous les modèles, appelés également stratégies cliniques, sont définis comme étant des éléments curatifs, partagés par différents modèles d'intervention, qui contribuent aux résultats thérapeutiques[121,101].

Rosenzweig (1936), le pionnier dans **le domaine des stratégies cliniques**, soutient que le rôle principal du clinicien est d'aider le client à se percevoir autrement et à examiner d'autres issues[122]. Lambert et Bergin (1994) suggèrent de les regrouper en trois catégories distinctes : le soutien, l'apprentissage et l'action[117].

2.1. LE SOUTIEN

Le soutien offert au client est le fondement de la relation d'aide. Son absence compromet tout le processus thérapeutique. Plusieurs travaux indiquent que la qualité de la relation thérapeutique est un élément déterminant qui peut mener à des résultats positifs[123,124,125,126,127]. La relation thérapeutique peut initier le changement, principalement en raison du climat de confiance et de sécurité mis en place par le clinicien[117,128,129].

L'histoire relationnelle antérieure, les capacités relationnelles actuelles et le style d'attachement du clinicien et du client semblent particulièrement affecter l'établissement de la relation thérapeutique[130]. L'enjeu majeur de la relation thérapeutique consiste à donner au client l'occasion d'expérimenter un type d'interaction qui invalide un modèle relationnel construit à partir d'expériences négatives[131]. En plus de donner accès à des informations cliniques sur le passé relationnel du client, la relation thérapeutique devient une condition préalable aux autres étapes du processus thérapeutiques. Les travaux de McCullough, Winston, Farber et Porter (1991) indiquent que le sentiments négatifs ressentis à l'égards du clinicien et les réponses défensives qui y sont souvent associées peuvent réduire le matériel clinique et influencer négativement l'implication de celui-ci, mener à un retrait prématuré et compromettre les résultats thérapeutiques[130,132,133].

L'alliance diffère de la relation thérapeutique car elle porte davantage sur les éléments de collaboration entre le clinicien et le client[130]. Ce travail de collaboration se concrétise par l'atteinte d'un accord au plan de la structure de la relation d'aide[134]. Cet accord porte essentiellement sur les objectifs, les tâches et le type de relation thérapeutique, et favorise la poursuite le la relation d'aide et démontre une plus grande réceptivité à l'égard des interventions spécifiques[135].

2.2. L'APPRENTISSAGE

Alexander et French (1946) ont développé le concept **d'expérience émotionnelle correctrice**, concept qui signifie que la relation avec l'intervenant est différente de celle anticipé et de celle expérimentée dans le passé[136].

La relation d'aide expose le client à des conditions qui amènent celui-ci à se voir autrement aux plans **émotif, comportemental et interpersonnel**[137].

Le modèle de l'**assimilation** propose une séquence ou le client peut expérimenter différentes phases à l'égard de ses difficultés et amène le client à percevoir autrement ses difficultés[138] :

- L'évitement
- Le refus de certaines idées produisant un inconfort ;
- L'émergence de la conscientisation ;
- La clarification du problème ;
- Le désir d'y travailler ;
- La solution du problème ;
- La maîtrise de la situation.

Selon ce modèle, les changements affectifs et cognitifs à l'égard des difficultés débutent après la phase d'évitement. En plus de l'**expérience émotionnelle correctrice**, d'autres stratégies cliniques peuvent être impliquées dans le processus d'apprentissage, notamment le conditionnement opérant, les techniques de résolution de problèmes, le **modeling** et l'**auto-exploration**[139]. L'expérience interpersonnelle entre le client et le clinicien, ponctuée de commentaires et d'interprétations, favorise un type d'apprentissage qui prépare le client au changement[140].

2.3. L'ACTION

Le clinicien encourage et soutien l'action par l'entremise de l'**influence sociale**[141,142] et **des exercices pratiques**[143]. L'influence sociale facilite le passage de l'apprentissage à l'action sur la base de l'expertise et de la crédibilité du clinicien[144].

La capacité du clinicien à adopter une attitude réaliste tout en conservant son optimisme, à appliquer les techniques de façon flexible et compétente et à ajuster ses interventions en fonction des réponses du client peut contribuer à encourager le client à mettre en application ses apprentissages[145].

La mise en application des apprentissages relève également de la responsabilité personnelle du client. Afin que le client prenne part activement au processus de changement, de plus en plus d'intervenants encouragent les exercices pratiques dans le contexte réel. Cette approche facilite l'acquisition des habiletés comportementales et de généralisation des apprentissages[143].

2.4. ÉVALUATION DE LA PROGRESSION

Afin d'évaluer la progression du client, Greenberg et Pinsof (1986) ont trouvé **huit stratégies cliniques** qui se rapportent au soutien, à l'apprentissage et à l'action, pour lesquelles des définitions opérationnelles ont été proposées. Il s'agit de[146]:

- L'établissement de la relation thérapeutique ;
- La compréhension adéquate des difficultés du client de la part du clinicien ;
- La compréhension adéquate du client à l'égard de ses difficultés ;

- L'atteinte de relations conflictuelles moins envahissantes dans le vie du client ;
- Le développement d'une plus grande tolérance face a ses pensées et ses sentiments ;
- L'augmentation de la motivation à changer ;
- L'utilisation par le clinicien de techniques claires, réalistes et efficaces.

Lors de l'évaluation, il est aussi important de tenir compte des facteurs autres (événements stressant, absence de soutien social) que la relation d'aide qui peuvent influencer le progrès et affecté le niveau de fonctionnement psychosocial du client[147].

La capacité du client à participer et à s'engager dans le processus thérapeutique[148] et la capacité du clinicien à susciter l'espoir, à donner des explications et à proposer des pistes de solution peuvent particulièrement contribuer à faire de la relation d'aide une expérience enrichissante[149].

Le modèle de schèmes relationels[x] de Gendreau (1990) présente **les habiletés interpersonnelles** du clinicien qui sont propices à l'établissement de la relation thérapeutique. Le client s'attend à ce que le clinicien fasse preuve de considération, démontre une sécurité de base, affiche une confiance à l'égard de lui-même et des autres, et se distingue par sa disponibilité et sa congruence[xi]. La synthèse de tous ces **schèmes relationnels** se traduit par l'empathie aux plans des émotions et de la compréhension du client.

2.5. NOMENCLATURE DE L'INITIATION D'UNE DEMARCHE DE RELATION D'AIDE

LA RELATION D'AIDE	
MOTIFS	• **Raisons extérieures** : les événements perturbants qui surviennent dans l'entourage immédiat du sujet, mais indépendamment de celui-ci. • **Raisons intérieures** : les événements liés au sujet lui-même (conflits personnels ou interpersonnels) et des indices telles somatiques.
OBJECTIFS (exemples[150,151,152])	1. diminuer son anxiété ; 2. remettre en question certains moyens inefficaces ; 3. reprendre le contrôle de la situation ; 4. développer des attentes positives à l'égard des résultats ; 5. augmenter son sentiment de maîtrise ; 6. augmenter son sentiment d'efficacité; 7. encourager la généralisation des apprentissages dans le contexte réel ; 8. s'attribuer la responsabilité du châtiment; 9. acquérir une expérience affective satisfaisante.

2.6. NOMENCLATURE DE L'INITIATION D'UNE DEMARCHE DE RELATION D'AIDE SCOLAIRE

LA RELATION D'AIDE	
MOTIFS	• **Raisons extérieures** : les événements perturbants qui surviennent dans l'entourage immédiat du sujet, mais indépendamment de celui-ci.

[x] Structure globale d'un processus relationnel.
[xi] « S'adapter à ».

	• Raisons intérieures : les événements liés au sujet lui-même (conflits personnels ou interpersonnels) et des indices somatiques.
OBJECTIFS	1. Aider quelqu'un à passer à travers un moment difficile (ex. : le divorce de ses parents). 2. Aider quelqu'un à améliorer son attitude personnelle (ex. : cesser de s'effacer et prendre davantage de place ou, au contraire, cesser de dominer et apprendre à tenir compte des autres). 3. Aider quelqu'un à se mettre à l'écoute de ce qu'il est comme personne pour mieux orienter ses choix (ex. : tenir compte de ses goûts personnels).

Tableau 2 Ministère de l'éducation (1993).

2.7. LES PORTES D'ENTREE DU TRAVAIL THERAPEUTIQUE

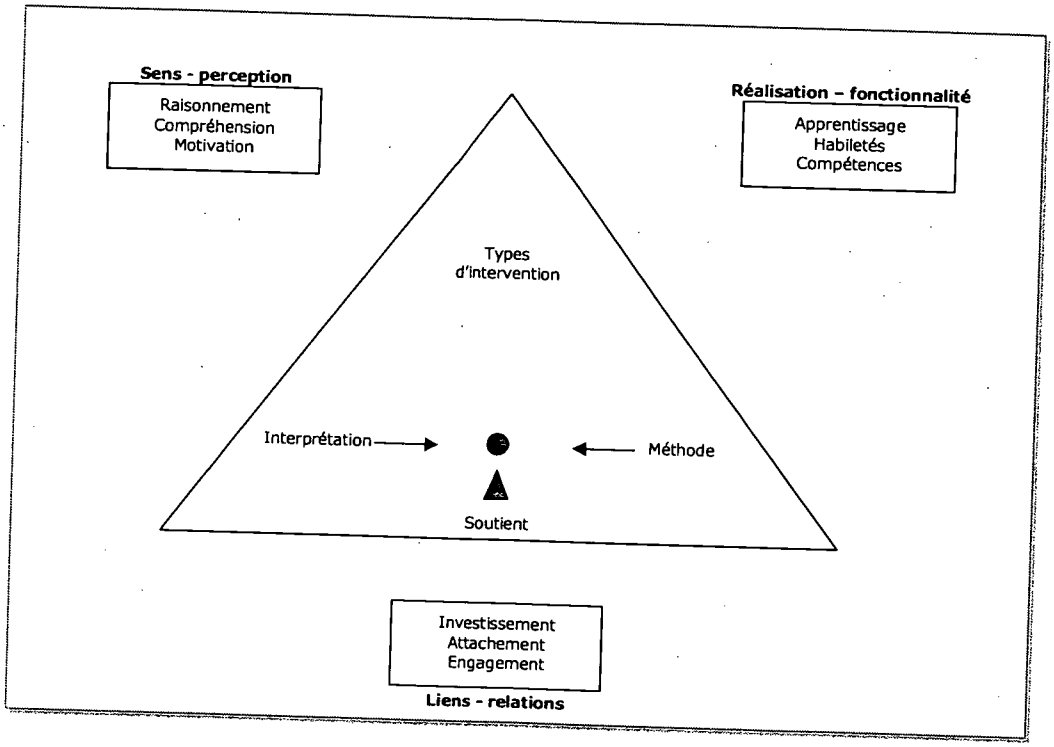


Figure 1 les portes d'entrée du travail thérapeutique.

2.8 HABILETES DU CLIENT ET DU CLINICIEN

La capacité du client (et du clinicien) à collaborer et à s'engager dans le **processus thérapeutique** (Stiles, Shapiro et Elliot, 1986)[148] et la capacité du clinicien à susciter l'espoir, à donner des explications et à proposer des pistes de solutions (Grencavage et Norcross, 1990)[149]. Les dispositions du client dépendent en grande partie des habiletés du client et du clinicien à interagir. **Le modèle de schémas relationnels de Gendreau** (1995)[153] présente les habiletés interpersonnelles du clinicien qui sont propice à l'établissement de la dynamique relationnelle thérapeutique, et se traduit, par l'empathie aux plans des émotions et de la compréhension du client.

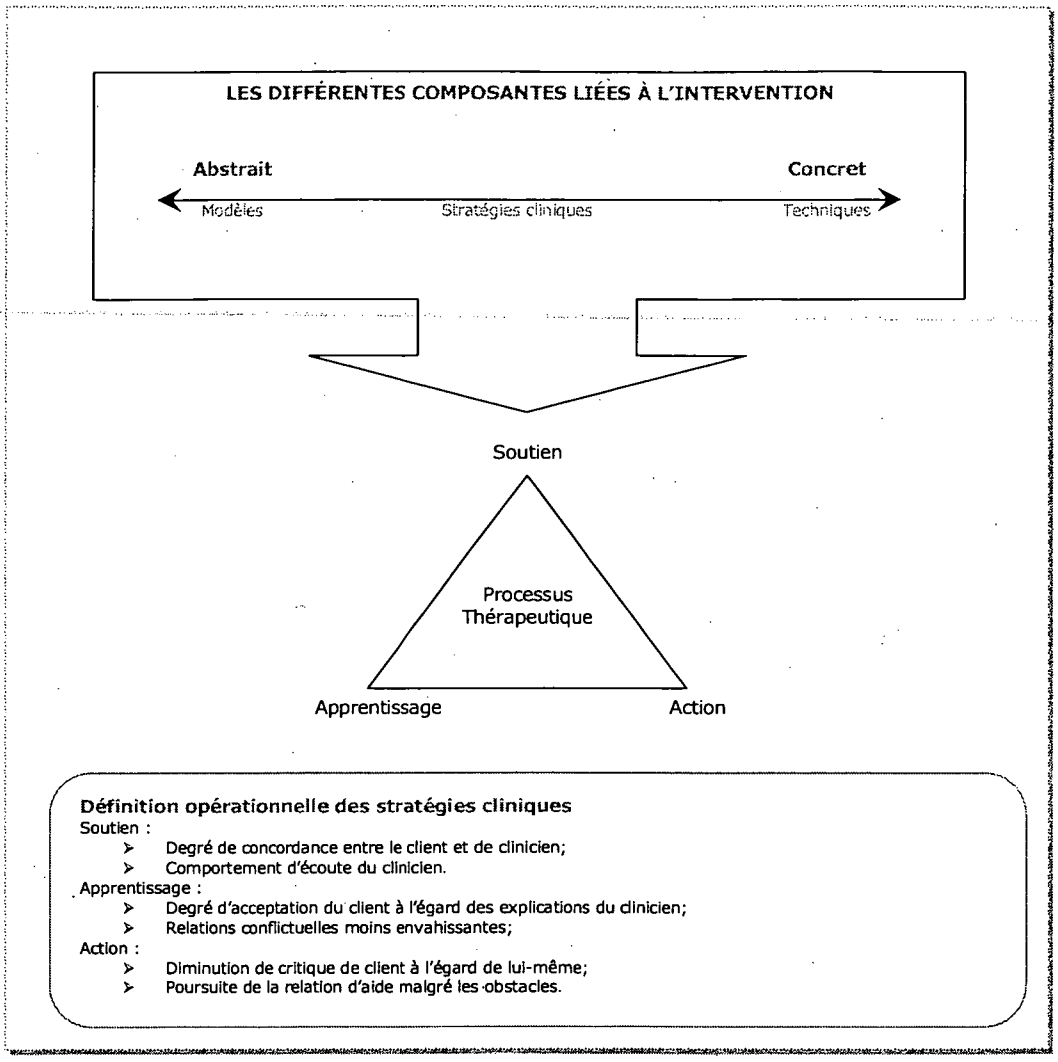


Figure 2 Stratégies cliniques associées au processus thérapeutique.

3. De l'entrevue

Il est possible de caractériser trois grandes phases lors du processus d'entrevue individuelle :

1. **la prise de contact** (début du processus de la relation d'aide) : Lors de cette phase d'ouverture du client, on distingue généralement trois sortes de préoccupations lors de l'initiation de la relation d'aide : 1° déterminer s'il peut partager des expériences personnelles et intimes avec le clinicien; 2° déterminer quels éléments il pourra partager; 3° racontés son histoire pour que quelqu'un le comprenne réellement;

2. **l'entrevue** (corps de processus d'entrevue de la relation d'aide) : le clinicien ou le praticien prendra des notes selon ses observations et en perspective des grandes étapes de la relation d'aide, sur la manière dont le client psychologise[xii] et exprime ses problèmes, et de la façon entreprise pour les résoudre, en plus

[xii] Se livrer à des réflexions, à des analyses psychologiques.

de prêter une attention particulière aux signes telle que le langage non verbal et les lapsus, les changements de comportements, d'attitudes et d'affects;

3. la conclusion de l'entrevue (fin du processus de la relation d'aide).

On distingue **quatre grandes étapes de l'entrevue de la relation d'aide** lors des entrevues, elle se succéderont et s'entremêleront, en fonction de la genèse et de l'évolution des difficultés du client[154] :

1. Aide à définir et à clarifier les difficultés basées sur l'anamnèse[xiii], la « **psychologisation**[xiv] » et la verbalisation[xv] des dimensions du problème vécu par le client. L'investigation du passé est nécessaire puisque le vécu antérieur est souvent présent dans la situation actuelle[155]. Un schéma d'investigation biographique du client se déclinerait comme suit :

    a. L'identité du client, sa situation sociale, personnelle et affective actuelle;

    b. la raison de la consultation;

    c. les antécédents psychiatriques (personnels et familiaux), médico-chirurgicaux et judiciaires;

    d. les événements durant la scolarité;

    e. les événements durant la période de l'adolescence;

    f. les événements qui ont jalonné la vie professionnelle;

    g. les événements qui ont contribué à sculpter la vie affective et familiale actuelle;

    h. le réseau de soutien social;

2. aide à la clarification des dimensions des problèmes actuels;

3. aide à la définition des zones négligées de la personne et des difficultés personnelles à explorer afin de résoudre les dimensions du problème actuel : « *Il s'agit de compiler les principales lacunes du discours en essayant de remarquer d'abord sur quoi portent les "trous" de l'entrevue*[156]. »;

4. Aide du choix des meilleures stratégies et formulation des plans d'action. Le clinicien aidera la personne à définir les stratégies qui conviennent le mieux, à ses capacités, à ses ressources personnelles, aux ressources et aux limites de l'environnement et que ces dernières soient synchrones aux difficultés en cours de résolution. Ces stratégies doivent être précises, vérifiables et réalistes, en plus d'être pourvues de délais raisonnables et adaptables aux changements ou toute sorte d'événements peut inférer positivement ou négativement sur les stratégies établies. On suggère donc de procéder de la manière suivante :

    a. Déterminer les séquences des étapes à franchir;

    b. fixer le délai accordé à chacune des étapes;

    c. déterminer l'évaluation de chacune de ces tapes;

    d. fixer des plans d'action de rechange.

[xiii] Évocation volontaire du passé que fait le patient. Ensemble des renseignements que le patient donne à l'aidant au sujet de son passé, de l'histoire de ses difficultés.

[xiv] Se livrer à des réflexions, à des analyses psychologiques.

[xv] Exprimer, expliquer (un phénomène intérieur ou endogène) à l'aide du langage verbal et non-verbal.

3.1. LES QUESTIONNEMENTS

Les questions peuvent être classifiées sur un **continuum « d'ouverture[xvi] »**.

6. **Les questions ouvertes** : Ce type de question se présente sous deux formes : 1° une forme de question et 2° ou d'un commandement doux. Elle ne donne pas une direction aux réponses et elle invite le client à communiquer ses réflexions avec le clinicien. Lorsqu'il y a présence d'une alliance thérapeutique, les questions ouvertes peuvent produire un volume élevé de matériel clinique;

7. **les questions intermédiaires** : ce type de questionnement provoque soit des réponses ouvertes ou fermées. La réponse sera fonction de la présence d'une alliance thérapeutique :

   a. *questions balances ;*

   b. *questions qualitatives ;*

   c. *questions d'évaluation ;*

   d. *énoncés empathiques ;*

   e. *énoncés d'encouragement* ;

8. **les questions fermées** : ce genre de questionnement appel à peu de discussion, même s'il y a présence d'une alliance thérapeutique. Elle sert souvent à une première exploration de certaines situations et aide le client à verbaliser et thématiser de manière plus précise, en lui posant une série de questions brèves;

9. **l'accentuation** : « *l'accentuation est la reprise d'un ou de deux mots qui a pour but d'insister ou d'attirer l'attention sur un point dont vient de parler le patient*[157] »;

10. **l'incitation légère** : cette intervention peut être verbal (« oui, oui », « hum », « je vois », « ah », « oh », etc.) et non verbal (contact visuel soutenu, inclinaison légère du corps vers le client, etc.) lesquels servent souvent de renforcement et incitent le client à poursuivre son exploration. ;

11. **le reflet** : cette intervention consiste essentiellement à déceler, nommer ou formuler les sentiments véhiculés dans les discours du client[158] ;

12. **la réitération** : cette intervention consiste à résumer la communication, à en relever un aspect marquant ou à répéter les derniers morts qui ont été dits afin de favoriser la continuation du discours. Généralement, elle porte sur le contenu des propos tenus par le client[159];

13. **l'élucidation** : cette intervention consiste à souligner des attitudes ou des sentiments qui ne sont pas exprimés explicitement par le client, mais qui peuvent être déduits, raisonnablement, à partir du discours ou du contexte auxquels ils se réfèrent[159];

14. **la synthèse** : cette intervention consiste à relever les éléments essentiels de ce qui est communiqué, tout en les reliant les uns aux autres. On peut faire porter ce lien sur les différents thèmes abordés par le client, en soulignant ce qu'ils ont en commun ou sur l'ordre chronologique dans lequel ils ont été communiqués[160];

15. **la focalisation** : cette intervention sert à inviter le client à se faire plus précis sur un aspect de son discours[158] afin de l'aider :

[xvi] Fait d'être accessible et réceptif à ce qui vient de l'environnement extérieur et intérieur. Il exprime aussi la possibilité de communiquer avec l'extérieur, selon les voies d'accès et les moyens de compréhension disponible. Il réfère au fait de ce qui est sincère et communicatif et qui s'intéresse aux idées et aux connaissances nouvelles.

a. à déceler l'émotion sous-jacente à celle de surface;

b. à retrouver l'origine d'une émotion;

c. à permettre au client de se réapproprier ses difficultés;

d. à établir une synthèse de matériel émis par le client;

e. à favoriser l'émergence d'un scénario de prise en charge (*empowerment*) ;

16. **le feed-back** : il relève du processus par lequel le clinicien informe le client de ses observations. La rétroaction ou le « *feed-back* » relève du réglage des causes par les effets;

17. **la confrontation** : cette intervention permet au clinicien qui désire de réduire le nombre de contradictions ou de distorsions qu'ils observent dans la conduite et le discours du client. Les méthodes d'interventions actives visent essentiellement à rétablir les distorsions de la personne aidée. Ces dernières peuvent être reliées aux perceptions que le client se fait de lui-même, de son monde intérieur ou de l'environnement extérieur (incluant sa relation avec l'aidant)[161] ;

18. **la révélation de soi** : cette intervention consiste pour le clinicien à informer le client de ce qui semble l'habiter (perceptions, pensées, ressenties, motivations) et qui n'est pas nécessairement en relation avec leurs entretiens, mais qui n'est pas nécessairement en relation avec leur entretien, mais qui pourrait avoir une influence sur œlui-ci[161];

19. **le partage de l'information** : Le partage de l'information survient lorsque le client fait une demande précise et que le clinicien lui répond en fonction de ses connaissances scientifiques ou de ses compétences particulières. Le contenu de la réponse devrait être exprimé clairement, simplement et refléter l'état actuel de la connaissance sur le sujet[161];

20. **les indices de communication non verbaux** : Aussi, le clinicien prendra soin de noter l'allure générale du client, son type de regard et d'expression faciale, ses mimiques et sa gestuelle, l'intonation de sa voix, le débit verbal, le ton, la densité du discours, etc., puisque ce sont autant d'informations qui révèlent l'état d'esprit du client[162]. Le clinicien utilisera l'incitation légère, et à ces éléments, on ajoute qu'avoir une posture ouverte, faire face au client et avoir une attitude détendue sont autant d'indices présentés au client afin de témoigner notre intérêt à la personne aidée. De plus, selon Hetu (1990), l'interviewer peut discerner cinq types de silence pendant l'entretien et, dépendant de celui qui surgit, son intervention devrait être nuancée :

a. **le silence d'intégration** : Le client réfléchit sur les échanges qui viennent de survenir;

b. **le silence d'exploration** : Le client se met à l'écoute de soi afin d'établir quelle piste d'exploration lui serait la plus bénéfique pour le prochain échange;

c. **le silence de préparation** : Le client a soulevé de l'aspect de son expérience ou de sa réflexion qu'il aimerait aborder, mais œux-ci suscitent chez lui certaines craintes;

d. **le silence de transition** : le client exprime qu'il a fait sa pat, qu'il est soit fatigué, épuisé, ému, et que c'est maintenant à ce dernier de prendre la parole. L'interviewer peut refléter, résumer les propos ou focaliser sur œrtains éléments qui ont été abordés;

e. **les silences de résistance** : Le client peut-être en colère ou souhaitez exprimer de la colère envers le clinicien;

21. **les écueils liés à la relation d'aide** : L'adhésion du client à la relation thérapeutique n'est pas toujours automatique. Le patient résistant est celui qui refuse de s'engager dans un processus d'aide et tente de trouver toutes sortes de raisons pour valider ce manque de motivation[163]. Certaines causes amèneront le client à être résistant; voici des situations ou le client est susceptible d'être dans cet état (Egan, 1992)[154] :

    a. celui que ne voit aucune raison d'aller consulter un professionnel;

    b. celui qui éprouve du ressentiment à l'égard de la personne qui l'envoie;

    c. celui qui a peur de l'inconnu;

    d. celui qui ne sait pas quoi faire;

    e. celui qui a l'habitude de se revoler contre le système;

    f. celui qui considère que les objectifs de l'aidant ou de l'agence d'aide diffèrent des siens;

    g. celui qui a développé une attitude négative à l'égard des agences d'aide et qui entretient des soupçons envers les aidant;

    h. celui qui croit que le fait de consulter un aidant revient à admettre sa faiblesse ou son incompétence;

    i. celui qui n'aime pas son aidant;

    j. celui qui ne voit pas d'avantages à changeur;

3.2. LES RESISTANCES LORS DE L'ENTREVUE

Les résistances pourront se caractériser par deux types d'entrevue, soit l'entrevue défensive ou l'entrevue **« éclaté »**.

3.2.1 L'ENTREVUE DEFENSIVE OU RESISTANTE

Ce type d'entrevue sont souvent provoqué par

- l'utilisation répétée de questions fermées, ce qui provoque une baisse de la spontanéité du patient ;
- l'utilisation prématuré de techniques de structure durant l'entretien ;
- la frustration de l'intervenant qui diminue l'empathie qu'il pourrait avoir à l'égard du patient ;

Une solution est d'aborder directement les résistances, utiliser un questionnement ouvert et suivre les thèmes que le patient évoque. Il serait approprié d'éviter les aspects trop sensibles et d'augmenter les tentatives de contacts visuels tout en continuant le renforcement verbal qui incite le client à parler. Le clinicien s'attachera à éviter certaines formulations, à éviter les longues pauses et les silences résistants. Laisser le client prendre le contrôle de l'entrevue peut, dans certains cas, favoriser la relation de confiance entre le client et l'interviewer.

3.2.2 L'ENTREVUE ECLATEE

L'entrevue éclatée est caractérisée par des propos tangentiels de la part du client et des pensées anecdotiques. Le patient a de la difficulté à structurer ses réponses, il se perd dans des détails sans pertinence et complète rarement une idée. Le client est très loquace et il donne beaucoup de détails dans des explications, voire des détails sans importance. Ce type d'entrevue est difficile pour le clinicien et engendre un sentiment d'impuissance et, éventuellement, une certaine hostilité envers le client. Il peut s'ensuivre un duel entre l'intervenant et le client pour

le contrôle de l'entrevue qui se soldera inévitablement par un échec. Ce type d'entrevue est très ardu puisqu'il devient épuisant de constamment structurer les propos du client.

3.2.3 LES TRANSITIONS LORS DE L'ENTREVUE

Les transitions sont une manière de faire des changements d'un thème à un autre, avec grâce. L'habileté à l'utilisation efficace des transitions permettra au clinicien de se déplacer à l'intérieur d'une entrevue. On distingue généralement quatre types de transitions lors de l'entrevue :

- la transition spontanée : la transition se fait en deux temps par l'entrer spontané de nouveau contenu :
    - un énoncé;
    - une question de transition;
- la transition naturelle : la transition se fait aussi en deux temps. La différence entre la transition naturelle et spontanée se situe dans le fait que c'est le clinicien qui entre (ou amène la conversation) dans une nouvelle région, alors que, dans la transition spontanée, c'est le client qui entre dans une nouvelle région. Elle se caractérise également comme :
    - un énoncé;
    - une question de transition;
- la transition par référence : la transition a lieu lorsque le clinicien entre dans une nouvelle région en faisant référence à un énoncé fait plus tôt par le patient;
- la transition fantôme : cette forme de transition est une question qui ne suit pas un énoncé. C'est une question qui vient « de nulle part », sans référence à une conversation antérieure. Un emploi trop fréquent de cette technique de transition pourrait rapidement s'avérer agressant et nuisible à l'entrevue. L'entretien prend alors la forme d'un interrogatoire de police ou de média. Il existe deux situations dans lesquelles la transition fantôme peut se révéler utile :
    - avec un patient qui erre, comme dans le cas de l'entrevue éclatée;
    - quand on a besoin de surprendre un patient;
        - qui aurait préparé et répété l'entrevue;
        - qui est très réticent, pour vérifier les défenses spontanées?

4. DE L'ÉTHIQUE ET DE LA COMPÉTENDE EN RELATION D'AIDE

L'éthique professionnelle invoque la volonté d'agir dans l'intérêt du client, en appliquant les standards les plus élevés de la pratique de la relation d'aide[164]. Cependant, il arrive parfois que la loi et les énoncés de valeur éthique préconisent des principes divergents, ce qui pose un dilemme éthique au clinicien[165]. Les cliniciens font davantage appel à leurs capacité d'évaluer et d'analyser l'ensemble de la situation que d'appliquer de façon mécanique des règles[165]. Le cliniciens qui consulte la documentation scientifique, les collègues et les experts est plus en mesure de maintenir un niveau élevé de compétence et de reconnaître les situations ou il risque de pratiquer en dehors de son domaine de compétence[166,167]. Le clinicien a le devoir de maintenir à jour les connaissances en consultant la documentation scientifique et en utilisant les résultats de recherche pour appuyer ses actions professionnelles[168]. La consultation des collègues est une mesure préventive pouvant contribuer à diminuer les biais d'ordre émotifs et cognitifs ainsi que les dogmes disciplinaires[169].

Clayton et Bongar (1994) proposent un modèle qui précise quand utiliser la consultation de collègue et comment le faire. Une consultation est requise lorsque :

- Les décisions qui concernent le diagnostic et le traitement impliquent un niveau élevé d'incertitude;
- les décisions qui concernent le diagnostic et le traitement impliquent des aspects éthiques et légaux;
- la forme d'aide nécessaire un expertise que le clinicien ne possède pas;
- la forme d'aide implique un aspect dont les standards professionnels n'ont pas été développés.

L'attitude consciencieuse à l'égard des actions du professionnel ne peut être imposée de façon autoritaire[170, xvii]. Les principaux énoncés de valeur qui traduit la volonté du clinicien à agir dans l'intérêt du client se rapportent à la proportion de l'autonomie de la personne aidée, au respect de ses engagements à l'égard de la personne aidé, à la dispensation équitable de services et à une pratique qui se distingue par le discernement, l'objectivité et l'intégrité[171].

Les mesures préventives telles que la connaissance des lois et des normes, l'établissement d'un contrat, la consignation systématique des données cliniques, la rédaction objective des rapports et la consultation de la documentation scientifique et de personnes ressources traduisent les valeurs qui préconisent le discernement, l'autonomie du client, l'objectivité et l'intégrité[173].

Dans l'objectif de définir la notion de compétence en relation d'aide Kleinke (1994) à déterminer des habiletés qui démontrent que le clinicien aspire à un niveau élevé d'éthique professionnelle. Plus précisément, le clinicien agit de façon éthique lorsqu'il tente[172] :

- La demande de consultation comprend quatre étapes :
  - L'obtention du consentement de la part du client ;
  - L'identification du ou des consultants ;
  - La préparation de l'information à transmettre au consultant
  - La rédaction d'un document qui résume les résultats de la consultation.
- d'acquérir de nouvelles connaissances par l'entremise, entre autres, de la documentation scientifique et de la supervision;
- d'établir une relation d'aide basé sur la sensibilité et la fermeté, lorsque nécessaire;
- d'appliquer adéquatement les techniques d'évaluation et d'intervention;
- de démontrer un jugement clinique lors des situations de crise et de prise de décision;
- de réagir adéquatement en recense d'un client qui manifeste des comportements tels que la rationalisation, l'obsession, l'impulsivité, la séduction et l'agressivité.

4.1. DE LA CONSIGNATION DES INFORMATIONS SUR LE CLIENT

Kleinke (1994) propose quelques éléments à consigner avec précaution :

[xvii] Qui est fondé sur le pouvoir, l'autorité ou qui impose son pouvoir, son autorité.

- Les données relatives à l'évaluation diagnostique;
- les informations relatives aux traitements antérieurs avec d'autres cliniciens;
- les informations relatives au contrat, surtout en ce qui concerne le niveau de coopération du client dès les premières rencontres;
- les sessions de consultations ou de supervision auprès de collègues ou d'experts;
- les limites du traitement et les problèmes anticipés.

La consignation méthodique des données et la rédaction objective des rapports constituent des actes professionnels profondément liés au respect du client. Pour ce qui est de la rédaction objective des rapports, le clinicien a le devoir d'éviter les jugements de valeurs qui pourraient menacer le client dans son intégrité[173].

5. De la dynamique relationnelle entre le client et le clinicien

Les relations autres que professionnelles qui peuvent se développer entre le clinicien et le client sont à éviter, en raison des effets potentiellement néfastes pour le client[174]. En plus d'affecter le jugement et l'objectivité du clinicien dans l'exercice de ses fonctions, cette violation des frontières professionnelles peut augmenter le risque d'exploitation[175,176]. La présence de certaines familiarités peut également augmenter le risque d'entretenir des relations autres que professionnelles avec le client[177]. Le prestige et le pouvoir accordés aux professionnels peuvent constituer en soi des opportunités d'exploitation pouvant mener à des abus[178]. La pratique de la relation d'aide dans un contexte non professionnel peut également nuire au jugement clinique et professionnel du clinicien (Kitchener, 1988).

LE HANDICAP PSYCHIQUE, MENTALE, PHYSIQUE, ET EMOTIONNEL : DETERMINANT DE LA SANTE A LONG TERME ET REPERCUSSIONS

« Les handicapés à long terme ne sont ni malades, ni en bonne santé, ni vivants ni morts, ni en dehors de la société, ni pleinement à l'intérieur. », Robert Murphy, ("The body silent", 1987).

La notion de **handicap** est aujourd'hui incontournable pour aborder la question de la **santé** du fait de l'augmentation considérable du nombre de personnes concernées et de leur poids sur l'**économie de la santé**.

Pour cela, il est nécessaire d' « *abandonner l'idée préconçue de la déficience comme seule caractéristique de la personne ... pour en venir à la nécessité d'éliminer les barrières, de réviser les normes sociales, politiques et culturelles, ainsi qu'à la promotion d'un environnement accessible et accueillant.* » (Déclaration de Madrid "Non-discrimination plus action positive font l'inclusion sociale", avril 2002).

Déficience serais, en effet, une formulation nouvelle et trompeuse de l'infirmité ou de l'invalidité qui est dangereuse car elle entretien la **stigmatisation**.

La maladie appelle un diagnostic précis et dans la mesure du possible, un traitement approprié. Le **handicap** appelle la réadaptation c'est-à-dire : « *l'ensemble des moyens médicaux, psychologiques et sociaux qui permettent à une personne en situation de handicap, ou menacée de l'être, du fait d'une ou plusieurs limitations fonctionnelles de mener une existence aussi autonome que possible* ». Ceci introduit le **concept d'autonomie** ou

d' « **empowerment** » c'est-à-dire la possibilité de se gouverner soi-même au besoin avec l'aide d'une dépendance médicamenteuse, technique, animale ou humaine.

La notion de **dépendance** ne doit pas être utilisée dans un sens négatif, donc péjoratif et stigmatisant tel que « personne âgée dépendante ». Au contraire **l'autonomie** accroît l'autonomie donc la liberté. ("*Il n'y a pas d'autonomie sans dépendance*", Edgar Morin). On discerne bien ainsi la spécificité de la démarche vis-à-vis de la maladie et vis-à-vis du handicap, elles ne se s'opposent pas mais se complètent.

- Approche de la maladie : signes --->diagnostic -->traitement -->guérison avec ou sans séquelle.
- Approche du handicap : handicap --->réadaptation --->autonomie avec ou sans dépendance.

En réaction contre la **ségrégation** et la **discrimination** les associations européennes de **personnes en situation de handicap** proclament dans la *Déclaration de Madrid* leur volonté de voir une autre société humaine s'instaurer en Europe.

- "Abandonner l'idée préconçue des personnes handicapées comme objets de charité ... pour en venir aux personnes handicapées détentrices de droits" ;
- "Abandonner l'idée préconçue des personnes handicapées vues comme de simples patients ... pour en venir aux personnes handicapées comme citoyens et consommateurs autonomes" ;
- "Abandonner l'idée préconçue de professionnels prenant les décisions au nom des personnes handicapées... pour en venir à impliquer et responsabiliser les personnes handicapées et leurs organisations représentatives sur les questions qui les concernent" ;
- "Abandonner l'idée préconçue des personnes handicapées sous l'étiquette de leur dépendance et de leur inaptitude au travail ... pour en venir à mettre l'accent sur leurs aptitudes et sur des politiques actives d'accompagnement" ;
- "Abandonner l'idée préconçue d'actions économiques et sociales pour le petit nombre ... pour en venir à la conception d'un monde pour tous".

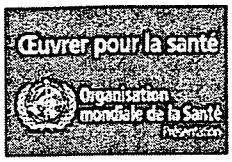
Ceci a une conséquence sur l'attitude de la société et souligne le danger des lois spécifiques qui accentuent la différence et aggravent la **marginalisation**. Ce sont des lois pour tous sur le **handicap** qu'il convient de mettre en place.

« Abandonner l'idée préconçue d'une ségrégation inutile dans les domaines de l'éducation et de l'emploi, de même que dans tous les autres domaines de la vie ... pour en venir à l'intégration des personnes handicapées dans la vie commune à tous. »

OMS

L'organisation mondiale de la Santé (OMS) est une institution spécialisée des nations Unies pour la santé, qui a été fondée le 7 avril 1948. Pour l'OMS, « *la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* ».

L'OMS base sa mission sur **l'équité, l'inclusion** et l'accès à un niveau de vie ou chacun peut exploiter ses chances au mieux de ses possibilités.



L'OMS est l'autorité directrice et coordonatrice, dans le domaine de la santé, des travaux ayant un caractère international au sein du système des Nations Unies. Elle est chargée de diriger l'action sanitaire mondiale, de définir les programmes de recherche en

santé, de fixer des normes et des critères, de présenter des options politiques fondées sur des données probantes, de fournir un soutien technique aux pays et de suivre et d'apprécier les tendances en matière de santé publique.

L'Organisation mondiale de la Santé (**OMS**) est l'institution internationale du système des Nations Unies spécialisée dans la santé. Les experts de **l'OMS** donnent des éléments d'orientation, établissent des normes sanitaires et aident les pays à faire face aux problèmes de santé publique. De plus, **l'OMS** soutient et encourage la recherche en santé. Par son intermédiaire, les gouvernements peuvent s'attaquer ensemble aux problèmes de santé de portée mondiale et contribuer au bien-être des populations. **L'OMS** compte 192 Etats Membres et deux membres associés.

Ils se réunissent chaque année à *l'Assemblée mondiale de la Santé* à Genève pour décider de la politique de l'Organisation, approuver son budget et, à intervalles de cinq ans, nommer le Directeur général. Ils sont assistés dans leur tâche par les 34 membres du Conseil exécutif, élus par l'Assemblée de la Santé.

L'OMS compte 192 Etats Membres et deux membres associés. Ils se réunissent chaque année à l'Assemblée mondiale de la Santé à Genève pour décider de la politique de l'Organisation, approuver son budget et, à intervalles de cinq ans, nommer le Directeur général. Ils sont assistés dans leur tâche par les 34 membres du Conseil exécutif, élus par l'Assemblée de la Santé.

Notions et concepts théoriques sur le handicap



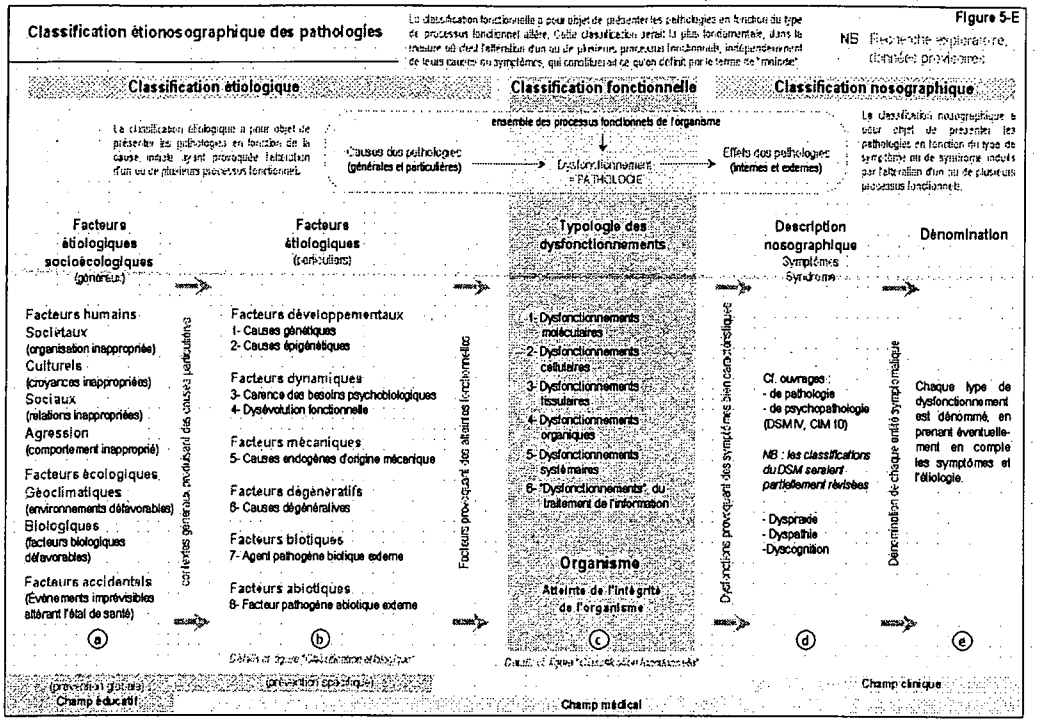
Historiquement, donner une définition du **handicap** sur laquelle tout le monde s'accorde semble impossible.

Le **handicap** : un enjeu social considérable, faiblement investi par la recherche et source d'exclusion sociale. Il est également opportun d'organiser la prévention, le dépistage, la prise en charge afin d'agir en amont sur une problématique risquant de se dégrader en rapport à l'évolution développementale de la progéniture. Le **handicap** est la **limitation** des possibilités d'interaction d'un individu en termes d'accessibilité, d'expression, de compréhension ou d'appréhension de l'environnement. Les **affections neurologiques et psychiatriques** contribuent massivement à la **limitation** des possibilités d'intégration sociale des malades à leur environnement et à la détérioration de leur qualité de vie.

Le **handicap neurologique** peut donc concerner des sujets jeunes qui souffrent leur vie durant des **conséquences fonctionnelles** de leur maladie.

Ces deux affections débutent tôt dans la vie et sont responsables d'un **handicap** dont les patients souffriront pendant des décennies.

Le **modèle conceptuel** est un outil pratique qui nous aide à comprendre l'ensemble du processus de développement humain et les variables influençant le processus de production du handicap. C'est un outil que l'on peut transposer selon le champ d'application de l'utilisateur.

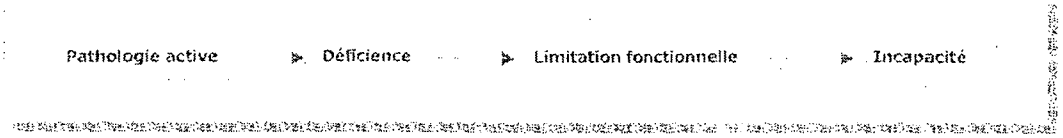


LE MODÈLE DE NAGI : DE LA LIMITATION FONCTIONNELLE

La perspective des « **limitations fonctionnelles** » découle essentiellement des tentatives d'élargir **le modèle médical** afin d'y inclure des critères d'incapacité non médicaux, particulièrement **l'environnement social et physique**. Néanmoins, la notion selon laquelle les déficiences sont la cause directe de l'incapacité demeure au centre de cette perspective. En outre, selon la perspective des limitations fonctionnelles, on considère, comme dans le cas de la perspective de la déficience, l'incapacité sur le plan quantitatif, en mesurant les restrictions fonctionnelles en regard d'une norme.

Selon **le modèle de Nagi**, les « **limitations fonctionnelles** » constituent un concept distinct. Elles seraient davantage liées aux activités associées aux **rôles sociaux** (soins d'un enfant, marché sur une certaine distance) qu'aux **limitations** établies par un examen médical (la capacité de transporter un poids ou de plier un genou blessé, par exemple). Le modèle considère en outre que **l'incapacité** est établie non seulement par les caractéristiques des **déficiences** comme leur type et leur gravité, mais aussi par la façon dont la personne définit une situation donnée et y réagit et la façon dont les autres définissent cette situation, comme en font foi leurs réactions et leurs attentes.

Ce modèle s'appuie sur quatre concepts interreliés : la pathologie active, la déficience, la limitation fonctionnelle et l'incapacité (Nagi, 1991; figure 1)[179].



3 Le modèle de Nagi, de l'Institute of Medicine (IOM; Pope et Tarlov, 1991).

« La pathologie active implique l'interruption ou l'interférence de processus normaux ainsi que l'effort de l'organisme à retrouver un état normal. On cherche donc ici à identifier les causes et les symptômes de l'état d'un ou de plusieurs organes. La **déficience** fait référence à une perte ou à une anomalie de nature anatomique, physiologique, mentale ou émotive. Le **concept de limitation fonctionnelle** est similaire à celui de la déficience en ce qu'il s'attarde aussi à la fonction mais diffère en la situant à l'échelle de l'individu (organisme) dans son ensemble et non pas à celle d'un seul organe. **L'incapacité** fait davantage référence au fonctionnement social qu'organismique, c'est-à-dire à la participation de la personne au système social : « *c'est une inaptitude ou une limitation dans l'accomplissement de rôles et de tâches définis socialement et attendus d'un individu dans un environnement socioculturel et physique* » (Nagi, 1991, p. 315; traduction libre)[180]. »

La « **séquelle fonctionnelle** » consiste en une anomalie, une **restriction** ou une **réduction** de la **fonction** caractéristique d'un organe, d'une structure anatomique ou d'un système par rapport à ce qui est considéré normal au plan anatomique, physiologique ou psychique, et qui découle d'une lésion professionnelle. A contrario, la « **limitation fonctionnelle** » se traduit plutôt par une **restriction** ou une **réduction** de la capacité physique ou psychique du travailleur à accomplir normalement une activité quotidienne de nature personnelle ou professionnelle en raison de la lésion professionnelle[181].

Il existe donc une distinction entre la **séquelle fonctionnelle** et la **limitation fonctionnelle**.

- **La séquelle fonctionnelle** est une anomalie, une réduction ou encore une restriction au niveau de la fonction d'un organe, d'une structure anatomique ou d'un système par rapport à ce qui est considéré comme normal au plan physique, psychologique ou anatomique;

- tandis que **la limitation fonctionnelle** est une restriction ou une réduction de la capacité physique ou psychique de se comporter ou d'accomplir une activité quotidienne, personnelle ou professionnelle d'une façon *ou dans les limites* considérées comme normales.

La séquelle fonctionnelle donnera ouverture à l'attribution d'une atteinte permanente alors que **la limitation fonctionnelle** pourra exister sans que ne subsiste une **séquelle fonctionnelle**[182].

Atteinte permanente et **limitations fonctionnelles** sont deux notions intimement reliées, les secondes représentant la manifestation fonctionnelle du déficit de l'organisme découlant de la première. Il existe deux sortes de **limitations fonctionnelles**, celles qui résultent d'une atteinte permanente laissée par une blessure et qui empêchent une personne blessée d'exécuter certains mouvements. D'autre part, il y a celles qui empêchent un travailleur d'exercer une activité de travail qui va probablement aggraver sa condition, causer des rechutes et engendrer des arrêts de travail[183,184].

LA CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES HANDICAPS (CIH) : DÉFICIENCES, INCAPACITÉS, DÉSAVANTAGES

En mai 1976, l'OMS décide la publication, à titre d'essai et sous forme de supplément à la **CIM**, d'une classification des handicaps et des incapacités : « *International classification of impairments, disabilities and handicaps* (**ICIDH**) *: a manuel of classification relating to te consequences of desease* » est publié à la suite des travaux de Philip Wood en 1980. Cette *Classification Internationale des Handicaps : Déficiences, Incapacités et Désavantages* (**CIH**)

propose une description des éléments « constitutifs » du handicap, en termes de conséquences des maladies, fissure la vision du handicap homogène et stable.

Dans ce modèle, « **une déficience** » correspond à « *toute perte de substance ou altération d'une structure ou fonction psychologique, physiologique ou anatomique* »[185]. « **L'incapacité** » correspond pour sa part à « *toute réduction, partielle ou totale, de la capacité d'accomplir une activité d'une façon ou dans des limites considérées comme normales pour un être humain* ». « **Le désavantage** », ou « **handicap** », représente quant à lui « **une limitation** ou **une interdiction** d'accomplissement d'un rôle social normal » compte tenu de l'âge, du sexe et des facteurs sociaux et culturels.

Autrement dit, la proposition de Wood permet de comprendre les principes de base de ce cadre conceptuel : **une maladie** ou un **traumatisme** est à l'origine de déficiences qui affectent les fonctions et **structures des organes**. **Les déficiences** quant à elles sont source **d'incapacités** touchant les comportements et activités de la personne. À leur tour, **les incapacités** sont source de **handicaps** liés aux **rôles et exigences sociales** de la personne.

La **CIH** et les réflexions qui ont entouré sa conception ont accompagné une révolution conceptuelle du **handicap** : considérer le **handicap** comme la conséquence d'une maladie (ou d'un accident) au lieu de l'assimiler à sa cause.

La **CIH** « décrit » ainsi le handicap, à travers l'atteinte du corps, bien sûr (« **déficiences** »), mais aussi les difficultés ou impossibilités à réaliser les activités de la vie courante qui découlent de ces déficiences (« **incapacités** ») et les problèmes sociaux qui en résultent (« **désavantages** »). Ainsi le handicap est-il décomposé et décrit par ses différents éléments constitutifs : **déficience(s), incapacité(s)** et **désavantage(s)**. L'ensemble représente les « **conséquences des maladies** » qui sont, elles, répertoriées dans la très ancienne *Classification internationale des maladies* (**CIM**).

Classer les handicaps revient à décrire les éléments de chaque niveau et la *Classification internationale des handicaps* (**CIH**) est en réalité constituée de trois classifications distinctes (une pour les déficiences, une pour les incapacités, une pour les désavantages).

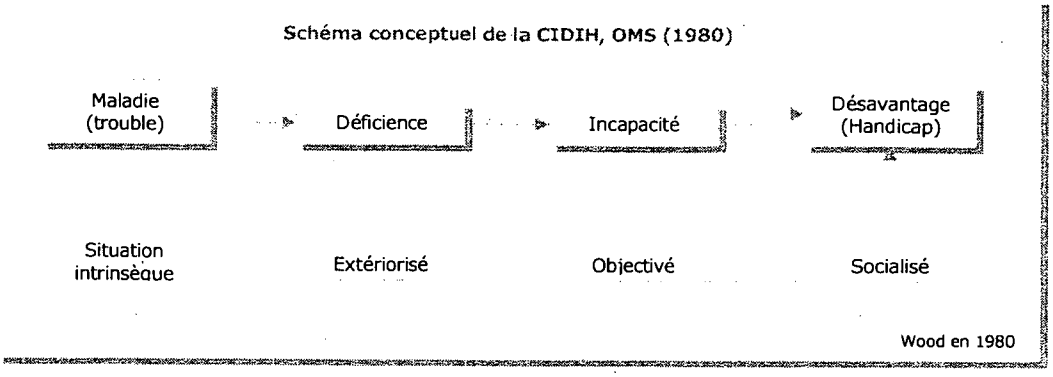
Ainsi donc, ***LA CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES HANDICAPS*** établie en 1980 par OMS est le premier grand système de classification à mettre spécifiquement l'accent sur **l'incapacité**. Selon **la CIH**, **l'incapacité** constitue une réduction ou une absence de la capacité, causée par une déficience, d'exercer une activité d'une façon considérée comme normale pour un être humain. Le cadre de **la CIH** présente **l'incapacité** comme un processus linéaire qui commence par une cause sous-jacente, qui entraîne une déficience, laquelle provoque une incapacité qui peut résulter en un handicap. De nombreuses personnes ont critiqué l'explication linéaire de l'incapacité proposée par la **CIH** de l'OMS qui plaçait trois concepts au cœur de son schéma explicatif des conséquences des problèmes de santé : **la déficience** (*impairment*), **l'incapacité** (*disability*), et **le désavantage** (*handicap*).

- Une **déficience** est une perte de substance ou altération d'une structure ou fonction (psychologique, physiologique ou anatomique) ; la déficience correspond donc à la lésion (exemple : amputation, lésion de la moelle, dégénérescence d'un nerf...) et/ou au déficit en résultant (exemple : paraplé- gie, ankylose, aphasie, surdité, incontinence urinaire...);

- **L'incapacité** correspond à toute réduction (partielle ou totale) de la capacité d'accomplir une activité d'une façon ou dans les limites considérées comme normales. Par exemple : incapacités à marcher, à s'accroupir, à fermer le poing..., mais aussi (en « situation ») à se lever, se laver, utiliser les W-C, s'habiller, communiquer, mémoriser, réfléchir;

- Le **désavantage** (conséquence des déficiences ou des incapacités) représente une limitation ou une interdiction d'accomplissement d'un rôle social normal (en rapport avec l'âge, le sexe, les facteurs sociaux et culturels) : gagner sa vie, faire des études, avoir un emploi, s'occuper;

La **CIH** a permis de **« décliner »** le handicap de façon différente pour chaque personne et de l'envisager de façon globale, selon le modèle maintenant bien connu. Elle a permis de clarifier les concepts : savoir de quoi l'on parle (les définitions des trois niveaux de la **CIH** sont devenues des standards internationaux).



DEFICIT	INCAPACITE	HANDICAP
Carence, affaiblissement ou dysfonctionnement de l'organe	Limitations ou difficultés fonctionnelles causées par la déficience	Les conséquences ou le désavantage social reliés à ces incapacités

Tableau 3 Organisation mondiale de la santé (OMS), ampleurs des difficultés.

Ce premier modèle établit la distinction entre la pathologie, la déficience, la limitation fonctionnelle et les incapacités clarifiant la terminologie et les définitions au domaine du handicap. Pour P. Wood, le processus du handicap est constitué par les relations que les éléments sur un plan entretiennent avec ceux des plans voisins et avec l'environnement. La distinction entre ces trois plans de conséquences (la déficience, la limitation fonctionnelle et l'incapacité) de la maladie permet de mettre en évidence les différents types de moyens mis en œuvre pour assurer les soins : les déficiences relèvent principalement des services médicaux, les incapacités sont plutôt du domaine des services de réadaptation et les désavantages sociaux du domaine de l'action sociale.

MODELES CONCEPTUELS DU HANDICAP : MODELE MEDICAL ET MODELE SOCIAL

Le **modèle individuel** est également appelé **modèle médical**, parce qu'il tient surtout compte des déterminants médicaux individuels (pathologies, déficiences, incapacités). Il conçoit le **handicap** comme le problème d'un individu donné caractérisé par une anomalie. La conséquence en est la conception de solutions s'adressant à cet individu qu'on va « rééduquer », « réadapter » à une société dont il s'écarte, dont il dévie.

Le **modèle social** (ou **socio-environnemental**) appréhende, à l'inverse, la question du **handicap** comme étant d'abord liée à la **structure sociale** : le handicap est moins perçu comme une anomalie (d'un individu) que comme une différence (diversité) à intégrer dans un ensemble ; ce modèle insiste sur les causes **socio-environnementales** (barrières architecturales, préjugés sociaux, règles officielles...) des **situations vécues** par un membre différent de la communauté. Aussi les solutions pratiques préconisées visent-elles moins l'individu (*réadaptation, compensation* : fig. 1) que la **structure sociale** en agissant à un niveau collectif, notamment public, sur l'organisation matérielle, sociale, tant que culturelle ou législative (*non discrimination, accessibilisation*).

On peut résumer cette opposition en disant que, dans le **modèle individuel**, on va tenter d'adapter l'individu à la société, tandis que, dans le **modèle social**, on va tenter d'adapter la société à la diversité des individus qui la compose.

Modèles	Modèle individuel (médical)		Modèle social (socio-environnemental)	
	Biomédical	Fonctionnel	Environnemental	Droits de l'Homme
Traitement	Guérison par moyens techniques	Rééducation - réadaptation, services spécialisés	Adaptations, Accessibilisation, Services de soutien	Régles politiques et sociales communes (droits fondamentaux)
Prévention	Dépistage génétique ou biologique, élimination	Prise en charge précoce ; prévention secondaire (des aggravations)	Éliminations des barrières sociales (économiques, physiques, etc.)	Reconnaissance de la responsabilité sociale
Responsabilité sociale	Éliminer ou guérir	Qualité de vie, confort, autonomie, compensation	Elimination des obstacles physiques, culturels, etc.	Réduire les inégalités, droit à pleine citoyenneté

4 *les modèles conceptuels du handicap* (d'après J.-F. Ravaud).

Le **modèle médical** peut se nuancer en **modèle biomédical** et en **modèle réadaptatif** :

- Le **modèle biomédical** est le **modèle historique** de la médecine et de l'organisation sanitaire, celui qui prévalait dans le domaine des handicaps jusque dans les années 60-70, où l'apparition de la médecine de réadaptation l'a mis en cause. Dans ce modèle, basé sur la prise en charge des maladies aiguës (en « court séjour »), on est malade, on vous traite avec deux issues possibles : la mort ou la guérison. Le handicap, c'est-à-dire la « guérison avec séquelles » ou l'impossibilité de gué- rir tout en continuant à vivre de façon durable, n'est pas pensé. Dans un tel modèle, les handicaps sont assimilés à leur cause médicale, les solutions proposées sont d'ordre technique (médicale, biologique, génétique...) et visent l'éradication, par la guérison si possible ou par la prévention (anténatale en particulier). Pour faire image, c'est le modèle du Téléthon (au moins le modèle dominant visant au soutien de la recherche) ;

- Le **modèle réadaptatif** est le **modèle de la rééducation et de la réadaptation**, qui inspire notamment les accompagnements dans les structures de rééducation et du secteur médico-social. L'approche du **handicap** demeure individuelle mais s'élargit, par rapport au modèle précédent, à toute la réalité des conséquences des maladies chroniques ou des séquelles d'affections aiguës ou d'accidents. Appelé aussi **modèle fonctionnel**, c'est le modèle qui sous-tend la **CIH** (1980) : le **handicap** est l'ensemble des conséquences d'une pathologie invalidante, au niveau du corps (**déficiences**), de la vie quotidienne et sociale (**incapacités, dépendance**, etc.). **L'action corrective** développée sur ce modèle est la **rééducation-réadaptation**, visant la prise en charge précocé, la prévention secondaire des troubles (éviter les complications), dans une finalité qui n'est plus la guérison ou l'éradication mais le « **vivre avec** » : l'autonomie, le confort et la « **qualité de vie** », l'accès aux aides techniques, humaines et financières individuelles, ce qu'on appelle aujourd'hui la compensation.

Le **modèle social** peut lui aussi se nuancer en **modèle environnemental** et en modèle des « **droits de l'homme** » :

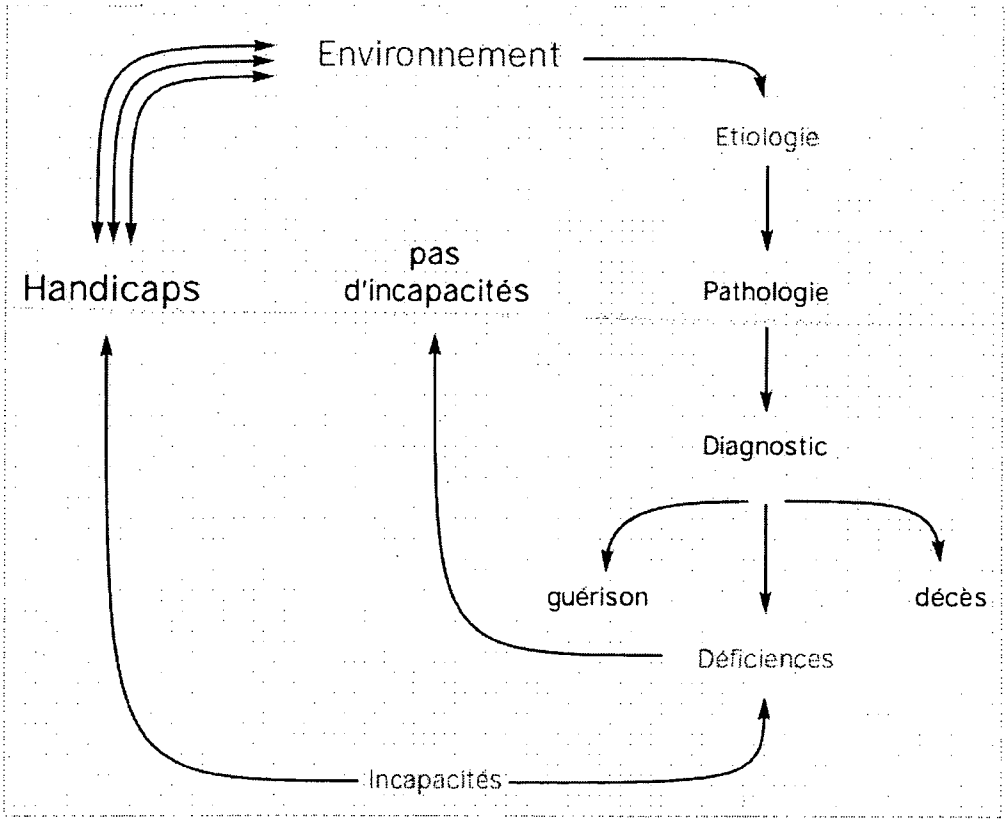
- **Le modèle environnemental** a pour base la notion d'accessibilité ou plus précisément d'accessibilisation (définie par J. Sanchez) : mettant l'accent sur les déterminants environnementaux des situations de handicaps, il sous-tend une lutte contre les handicaps d'abord axée sur l'élimination des barrières et obstacles : obstacles matériels (architecturaux notamment) mais aussi culturels (attitudes et représentations sociales) ou économiques (ressources, accès aux soins et prestations, etc.). Ce modèle est

par essence social dès lors qu'il vise une accessibilisation universelle (les actions visant à modifier l'environnement proche, personnel, d'une personne – son logement, son école et non tous les logements, toutes les écoles – sont plutôt des extensions du modèle réadaptatif car l'action concerne, même sur l'environnement, presque toujours un individu et un seul) ;

- Le **modèle des droits de l'homme** est la **radicalisation** du **modèle social**, où les notions de **discrimination** et d'égalité des chances sont poussées à leur paroxysme théorique : le handicap y a pour déterminants premiers des règles sociales (lois, règlements...) inadaptées, mettant les personnes « différentes » en situation d'inégalité des chances. L'action corrective est donc uniquement pensée en termes de « droits de l'homme » : agir sur le cadre légal pour supprimer toute discrimination ; cette égalité de traitement obtenue, chacun se débrouille avec ce qu'il est au sein du cadre commun et, à la limite, toute mesure d'aide individuelle (compensation) sera jugée discriminatoire (« discrimination positive »). Ce modèle, dont les limites pratiques sont patentes (c'est une expérience universelle qu'il ne suffit pas de promulguer des droits pour qu'ils deviennent réalité) sous-tend des procédures de revendications (actions en justice) peu familières en France, mais dont la conjugaison avec des actions à visée environnementale reste à penser et à mettre en œuvre...

Le **processus de révision** de la **CIH** par l'OMS, avant lui les travaux québécois autour du processus de production du **handicap** et simultanément d'autres sources d'inspirations comme le *système d'identification des handicaps* de C. Hamonet, et ont tous eu pour préoccupation de tenter une intégration de ces différents modèles, pour sortir de leur opposition binaire et réductrice et proposer l'approche la plus global et universelle possible de la question des handicaps.

Une telle intégration des modèles individuels et sociaux fut le stéphanois Pierre Minaire, appuyant sa définition du « **handicap de situation** » par un schéma mettant en interaction dynamique les facteurs individuels (caractéristiques de la personne) organisés autour du futur schéma de la **CIH** et **l'environnement** de cette personne.



5 Le handicap de situation - le schéma proposé par P. Minaire (1978).

Au niveau européen, le Forum des associations représentatives de personnes handicapées proposait, au début des années 90, une définition du handicap, remarquable par la synthèse qu'elle réalise : « *Le handicap apparaît dans l'interaction entre la déficience, la limitation fonctionnelle et une société qui produit des barrières empêchant l'intégration.* »

Le **handicap** n'est plus un phénomène statique mais dynamique, un processus (apparaît) qui résulte de la combinaison (interaction) de deux séries de facteurs : **individuels** (déficience et limitation fonctionnelle) et **sociaux** (barrière), l'accent étant mis sur la résultante sociale (intégration) de cette combinaison. Cette définition, élaborée par des personnes **handicapées** elles-mêmes, sous-tend actuellement tous les modèles proposés pour tenter de rendre compte de la complexité de la notion de handicap.

PROCESSUS DE PRODUCTION DU HANDICAP (**PPH**)

Le modèle de *processus de production du handicap* (PPH) est un modèle « **biopsychosocial** ». Le modèle est basé sur un modèle générique de développement humain. Le **PPH** « *permet d'illustrer la dynamique du processus interactif entre les facteurs personnels (intrinsèques) et les facteurs environnementaux (externes) déterminant le résultat situationnelle de la performance de la réalisation des habitudes de vie correspondant à l'âge, au sexe et à l'identité socioculturelle des personnes.*[186] »

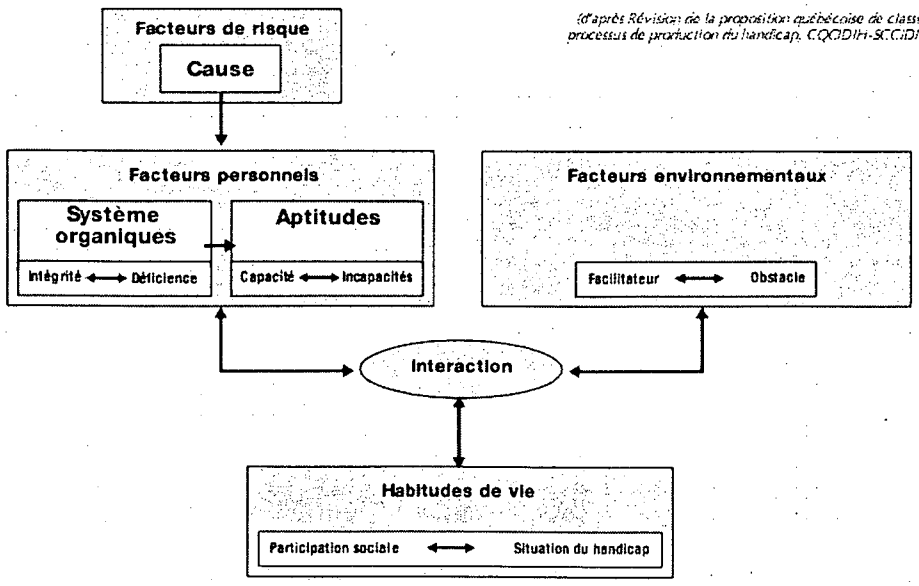
D'ailleurs, Patrick Fougeyrollas[187], un anthropologue québécois a grandement contribué aux révisions de schéma explicatif du *handicap* proposé par l'OMS depuis 1980. Ses travaux ont permis d'objectiver le rôle de l'environnement dans la genèse[xviii] d'un *handicap* (Gosselin, Choinière et Wilkins, 2001).

> Concrètement une personne ayant **des déficiences** et **des incapacités** vit ou non, selon les obstacles environnementaux auxquels elle est confrontée, des situations de handicap. On ne peut donc plus faire référence à un statut permanent de personne handicapée. Il faudrait plutôt parler de personne vivant une ou des situations de handicap » (SCCIDIH, 1991).

Il est à noter que Patrick Fougeyrollas[188], un anthropologue québécois a grandement contribué aux révisions de schéma explicatif du **handicap** proposé par l'OMS depuis 1980. Ses travaux ont permis d'objectiver le rôle de l'environnement dans la genèse[xix] d'un **handicap** (Gosselin, Choinière et Wilkins, 2001). Le modèle est basé sur un modèle générique de développement humain.

De plus, **la CIF** a tenu compte en partie de certaines critiques qui avaient été adressées au **CIH**. Sans se rallier au modèle québécois du *processus de production du handicap* (PPH), elle délaisse notamment le déterminisme médical pour **une approche systémique. Le handicap** sert alors de terme générique pour désigner **les déficiences**, les **limitations d'activités** et **les restrictions de participation**[189]. **La CIF** a été critiquée parce qu'elle ne distingue pas assez clairement ce qui appartient spécifiquement à la personne selon le **PPH** (systèmes organiques et aptitudes et les facteurs environnementaux).

Dès 1988, Fougeyrollas et ses collaborateurs québécois commençaient une procédure de révision de la **CIH**, et publiaient en 1996 une classification complète : le Processus de production du handicaps (**PPH**), adoptant et illustrant par un schéma pédagogique particulièrement clair une définition similaire du handicap (le terme générique neutre d'habitude de vie étant retenu pour désigner les dimensions positives (**participation**) et négatives (**situation de handicap**) : une **situation de handicap** correspond à la réduction de la réalisation des habitudes de vie, résultant de l'interaction entre les **facteurs personnels** (les déficiences, les incapacités et les autres caractéristiques personnelles) et les **facteurs environnementaux** (les facilitateurs et les obstacles). Pour la première fois, une finalité universelle (le développement humain) dépassant le champ discriminatoire du **handicap** comme **stigmate** était assignée à une classification à visée internationale, et une véritable dimension socio-environnementale était définie, décrite et articulée avec les facteurs individuels. A ce jour, le **PPH** est sans doute le modèle le plus abouti et le plus facilement utilisable par la clarté de ses définitions et de ses concepts et par la pédagogie de son schéma illustratif.

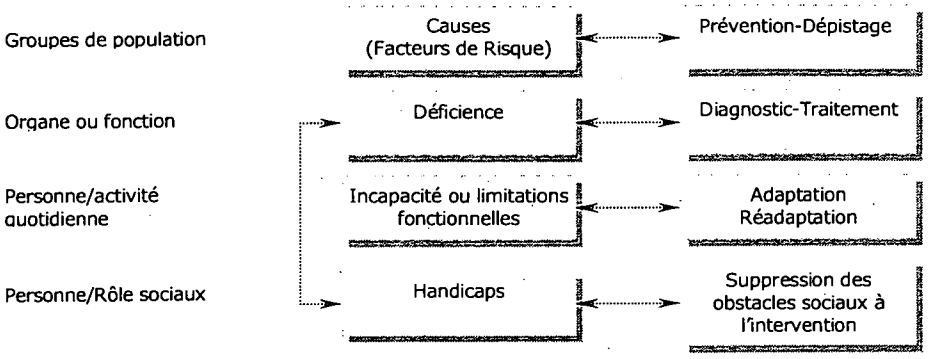


(d'après Révision de la proposition québécoise de classification : processus de production du handicap, CQCIDIH-SCCIDIH, 1996.)

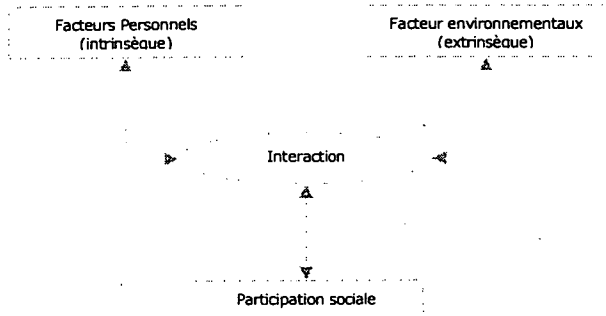
[xviii] Processus de développement d'une chose.
[xix] Processus de développement d'une chose.

Le **processus de production du handicap** est un **modèle explicatif** des causes et des conséquences des **maladies, traumatisme** et autres **troubles**. Une **situation de participation sociale** correspond à la pleine réalisation des **habitudes de vie**, une **situation de handicap** correspond à la réduction de la réalisation des habitudes de vie. Elles résultent de l'interaction entre les **facteurs personnel** (intégrité ou déficiente de(s) système(s) organique(s), capacité(s) ou incapacité(s), âge, sexe...) et les **facteurs environnementaux** (facilitateurs ou obstacles).

Modèle d'intervention « À part... égale » et processus de construction du handicap (Fougeyrollas, Gadreau et Zawilski, 1983)



Modèle du développement humain (RIPPH, 1996)



Le **RIPPH**, nouvelle dénomination légale du **CQCIDIH** (*Comité québécois sur la Classification internationale des déficiences, incapacités et handicaps*) depuis 1997, est un organisme de recherche et de développement des connaissances axé sur le changement social et l'exercice d'une participation sociale optimale pour les personnes ayant des incapacités. Il valorise la prise en compte des facteurs environnementaux comme producteurs de situation d'exclusion sociale pour les personnes différentes dans leurs corps et fonctionnalités.

Le groupe québécois qui, autour de *Patrick Fougeyrollas* a, dès la sortie de la *Classification Internationale des Handicaps : Déficiences, Incapacités, Désavantages*, entamé des travaux en vue de proposer une alternative, ayant eux-mêmes une position assez critique sur le modèle proposé par la **CIH**. Ces travaux n'ont pas trouvé d'écho après de l'OMS, sauf pour ce qui concerne la classification de l'environnement, qui a été reprise quasi intégralement.

DEFINITIONS DES DIFFERENTS ELEMENTS DU PROCESSUS DE PRODUCTION DU HANDICAP

- **Les facteurs de risque** constituent une dimension distincte, ce sont des facteurs qui appartiennent à l'individu ou à l'environnement et susceptibles d'altérer le développement de la personne ;

- **Les facteurs personnels** sont les caractéristiques appartenant à la personne (âge, sexe, identité culturelle...) ainsi qu'à son état organique ou ses aptitudes ;

- **Une déficience** correspond au degré d'atteinte anatomique, histologique ou physiologique d'un système organique. C'est donc une atteinte du corps ;

- **L'incapacité** correspond au degré de réduction d'une aptitude. L'aptitude est la possibilité pour une personne d'accomplir une activité physique ou mentale. Une précision importante: L'aptitude est la dimension intrinsèque d'un individu en regard de l'exécution d'une activité physique ou mentale sans tenir compte de l'environnement ;

- **Les facteurs environnementaux** sont définis comme les dimensions sociales ou physiques qui déterminent l'organisation et le contexte d'une société ;

- **Les habitudes de vie** sont définies comme des activités quotidiennes ou des rôles sociaux valorisés par le contexte socioculturel pour une personne. Elles assurent la survie et l'épanouissement d'une personne dans sa société tout au long de son existence.

CIH-2 : CLASSIFICATION INTERNATIONALE DU FONCTIONNEMENT, DU HANDICAP ET DE LA SANTÉ (CIF)

1980 : C.I.H. / Classification des handicaps comme conséquences de maladie.

2001 : C.I.F. / Classification du fonctionnement humain.

CIH-2 se réfère aux "Règles pour l'égalisation des chances des handicapés" adoptées par l'Assemblée générale des Nations

La classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (**CIF**) se présente comme une classification polyvalente destinée à offrir, au plan international, une base commune de description des données relatives « aux états de santé, aux conséquences qui en découlent et à leurs déterminants ». Elle fait suite à la *Classification Internationale des Handicaps : Déficiences, Incapacités, Désavantages* (**CIH**) et concerne le handicap mais elle inscrit celui-ci dans un cadre plus large, celui des fonctionnements, des activités, de la participation et de leurs restrictions dans le contexte de l'analyse des états de la santé.

L'adoption de la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (**CIF**) par l'Organisation mondiale de la santé, en mai 2001, a conclu le processus de révision de la première *Classification internationale du handicap* (**CIH**) de 1980. La **CIF** fait suite à la **CIH** et concerne le handicap mais elle inscrit celui-ci dans un cadre plus large, celui des fonctionnements, des activités, de la participation et de leurs restrictions dans le contexte de l'analyse des états de la santé. La **CIF** intègre l'invalidité dans les facteurs environnementaux.

Comité québécois sur la Classification internationale des déficiences, incapacités et handicaps (CQCIDIH)

Les travaux du CQCIDIH "reliés à la Classification internationale des déficiences, incapacités et handicaps (CIDIH), visant à mieux comprendre le processus par lequel une personne devient handicapée, ont démontré que le handicap découle de l'interaction entre les caractéristiques fonctionnelles d'une personne et celles de son environnement, révélant ainsi l'importance d'agir dans le milieu de vie de la personne et sur les obstacles posés par les divers systèmes de notre société".

La **CIH-2** ou **CIF** définit les composantes de la santé et certains éléments du bien-être relatifs à la santé (comme l'éducation ou le travail). Les domaines couverts par la **CIF/CIH-2** peuvent donc être désignés par les termes de domaines de la santé et domaines liés à la santé. Ces domaines peuvent être décrits en prenant comme perspective l'organisme, la personne en tant qu'individu ou la personne en tant qu'être social, selon deux listes de base: 1) les structures et fonctions organiques; 2) les activités et la participation[xx].

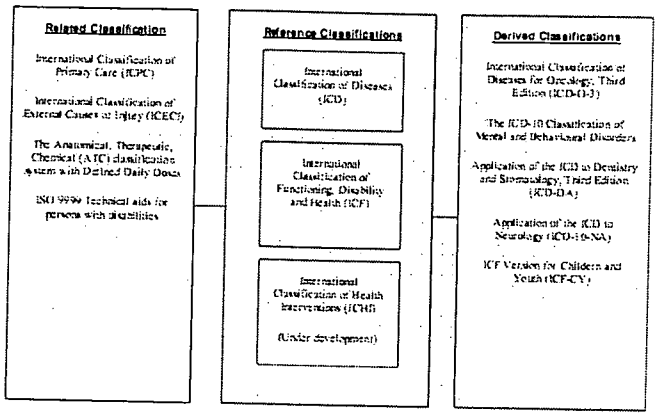
En tant que classification, la **CIF/CIH-2** regroupe de manière systématique les différents domaines[xxi] auxquels est confrontée toute personne jouissant d'un état de santé donné. Le fonctionnement se rapporte à toutes les fonctions organiques, aux activités de la personne et à la participation au sein de la société, d'une manière générale. De même, **handicap** sert de terme générique pour désigner les déficiences, les limitations d'activités et les restrictions de participation. La **CIF/CIH-2** dresse aussi la liste des facteurs environnementaux qui peuvent avoir une influence sur tous ces schémas. Ainsi, la **CIH-2** permet de tracer un profile utile du fonctionnement, du handicap et de la santé des personnes dans divers domaines.

La **CIF/CIH-2** appartient à la "famille" des classifications proposées par *l'Organisation mondiale de la Santé* (OMS) pour être appliquées à divers aspects de la santé. La famille des classifications internationales de l'OMS fournit un canevas permettant de coder une large gamme d'informations relatives à la santé (par exemple diagnostic, fonctionnement et handicap, raison de contact avec les services de santé). Elle utilise un langage commun normalisé permettant ainsi une bonne communication sur la santé et les soins de santé dans le monde entier entre les représentants de diverses disciplines et spécialités scientifiques.

[xx] Ces termes remplacent les termes utilisés jadis de "déficiences", "incapacités" et "désavantages", et élargissent leur portée en incluant des expériences positives.

[xxi] Un domaine est définit comme un ensemble pratique et significatif comprenant des fonctions physiologiques, des structures anatomiques, des actions et des tâches ou des domaines de la vie.

Dans les classifications internationales de l'OMS, les états de santé sont classés essentiellement en fonction de la **CIM-10** (*Classification internationale des maladies*, 10e révision)[xxii], qui fournit un cadre étiologique. Le fonctionnement et les handicaps associés aux états de santé sont classés dans la **CIF/CIH-2**.



6Représentation schématique de OMS-CIF (*angl.*: WHO-FIC).

La **CIM-10** et la **CIF/CIH-2** sont par conséquent complémentaires[xxiii] et les utilisateurs sont invités à utiliser ensemble ces deux membres de la famille des classifications internationales de l'OMS. La **CIM-10** permet de poser un diagnostic des maladies, troubles et autres états de santé; cette information est enrichie par les informations supplémentaires apportées par la **CIF/CIH-2** sur le fonctionnement. L'information ainsi recueillie à la fois sur le diagnostic et sur le fonctionnement permet de se faire une idée plus large et plus utile de la santé des personnes et des populations, information qui peut alors être utilisée par les décideurs.

Cigles (Francais : anglais)

CIF: *International Classification of Functioning, Disability and Health* (ICF).

CIM: *International Classification of Diseases* (ICD).

La **CIF/CIH-2** adopte aujourd'hui une définition du handicap très proche de celle du Forum européen ou du **PPH** : **le handicap** désigne les déficiences, limitations d'activité et **restriction de participation**. Il désigne les aspects négatifs de l'interaction entre un individu (ayant un problème de santé) et les facteurs contextuels dans lesquels il évolue (environnementaux et personnels).

Le **modèle de processus de production du handicap** qui sous-tend la **classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF)** est un **modèle biopsychosocial**, intégrant le **modèle médical** du handicap, conséquence individuelle d'un problème de santé, et le **modèle social**, qui rend l'environnent responsable du handicap.

Les apports de la **CIF** :

[xxii] *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes*, 10e révision, Vol. 1-3. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1992-1994.

[xxiii] Il est important de noter les points communs de la CIM-10 et de la CIH-2. Toutes deux partent d'un système anatomique. Les déficiences se rapportent à des structures et fonctions de l'organisme, qui sont généralement considérées dans le cadre d'un "processus pathologique", et par conséquent sont aussi utilisées dans la CIM-10. Néanmoins, the système qui organise la CIM utilise les déficiences (signes et symptômes) en tant qu'éléments constitutifs d'une "maladie", voire en tant qu'éléments déclenchant le contact avec les services de santé. Par contre, la CIH-2 reconnaît la déficience comme un problème de fonctionnement lié à un état de santé.

- la classification et son schéma conceptuel se réclament d'une conception universelle s'appliquant à tout être humain ;
- d'une perspective unidirectionnelle linéaire mécaniste et positiviste de cause à effet, elle s'appuie maintenant sur des modèles systémiques multidimensionnels ;
- les modèles visent à décrire et à expliquer le phénomène du handicap ;
- les dimensions conceptuelles sont formulées de façon positive ;
- elle se présente comme une classification hiérarchique avec des définitions des catégories
- elle prend en compte des facteurs environnementaux ;
- elle prend en compte des facteurs personnels ;
- elle est dotée de codes qualificatifs de cotation ou échelles de sévérité pour chaque domaine conceptuel.

BUTS DE LA CIH-2

La **CIH-2** est une classification polyvalente conçue pour servir diverses disciplines et différents secteurs. Ses buts spécifiques peuvent être résumés de la manière suivante:

- fournir une base scientifique pour comprendre et étudier des états de santé et les conséquences qui en découlent, ainsi que leurs déterminants;
- établir un langage commun pour décrire les états de santé et les conséquences qui en découlent afin d'améliorer la communication entre différents utilisateurs, notamment les travailleurs de santé, les chercheurs, les décideurs et le public en général, y compris les personnes handicapées;
- permettre une comparaison des données entre pays, entre disciplines de santé, entre services de santé et à différents moments;
- fournir un mécanisme d'encodage systématique pour les systèmes d'information sanitaire.

Ces objectifs sont liés les uns aux autres, puisque toute utilisation de la **CIH-2** implique la mise en place d'un système pratique et utile qui puisse être utilisé par différents auteurs chargés de politique de santé, d'assurance qualité et d'évaluation d'impact dans différentes cultures.

APPLICATIONS DE LA CIH-2

Depuis sa première édition à titre expérimental en 1980, la **CIH-2** a été utilisée à diverses fins:

- comme outil statistique - pour la collecte et l'enregistrement de données (par exemple dans les études populations et les enquêtes démographiques ou dans le cadre de systèmes d'information pour la gestion);
- comme outil de recherche – pour mesurer les conséquences des maladies, la qualité de vie et les facteurs environnementaux ;
- comme outil clinique - pour l'évaluation des besoins, le choix des traitements les plus adaptés à certains états de santé, l'évaluation d'aptitudes professionnelles, l'évaluation de la réadaptation et de ses résultats;

- comme outil de politique sociale - pour planifier la sécurité sociale, les systèmes d'indemnisation et la conceptualisation et la mise en œuvre de politiques;

- comme outil pédagogique - pour la conception de programmes, pour des campagnes de sensibilisation et pour la mise en œuvre d'actions sociales.

Bien que la **CIH-2** soit en fait une classification des états de santé et des états liés à la santé, elle est également utilisée par des secteurs comme les assurances, la sécurité sociale, le monde du travail, l'éducation, l'économie, la politique sociale et le développement législatif en général, ainsi que la modification de l'environnement. C'est la raison pour laquelle elle a été acceptée comme l'une des classifications sociales par les Nations Unies, que l'on s'y réfère et qu'elle intègre les Règles pour l'égalisation des chances des handicapés[xxiv]. Ainsi, la **CIH-2** fournit un instrument approprié pour la mise en œuvre tant des mandats internationaux en matière de droits humains que dans le domaine des législations nationales.

La **CIH-2** est donc utile pour toute une gamme d'applications différentes, par exemple la sécurité sociale, l'évaluation et la maîtrise des dépenses de santé, les enquêtes de populations aux niveaux local, national et international. Elle propose un cadre conceptuel de l'information applicable aux soins de santé individuels, y compris la prévention, la promotion de la santé et l'amélioration de la participation, puisqu'elle permet de lever ou d'atténuer les obstacles posés par la société et qu'elle encourage la mise en place de systèmes d'aide sociale et de facilitateurs. Elle est également utile pour étudier les systèmes de santé, qu'il s'agisse de les évaluer ou de formuler des politiques.

L'UNIVERS DE LA CIH-2

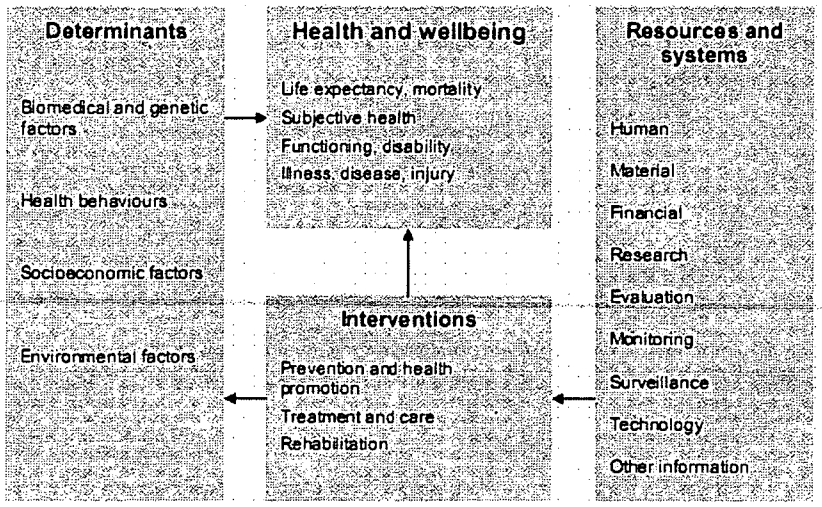
La **CIH-2** couvre tous les aspects de la santé humaine et certaines composantes du bien-être qui relèvent de la santé. Elle les décrit en tant que domaines de santé et domaines liés à la santé. La **CIH-2** s'inscrit dans le contexte plus vaste de la santé et ne couvre donc pas les circonstances de la vie qui ne se rapportent pas directement la santé, telles que celles qui peuvent résulter de facteurs socio-économiques.

Par exemple, des personnes peuvent se trouver limitées dans l'exécution de certaines tâches dans l'environnement où elles vivent (ce qui est semblable aux restrictions de participation dans la **CIH-2**) en raison de leur race, de leur sexe, de leur religion ou de toute autre catégorie socio-économique, mais il ne s'agit pas là de restrictions de participation liés à la santé au sens où l'entend la **CIH-2**.

On croit souvent que la **CIH-2** ne concerne que les personnes handicapées: en fait elle concerne tout un chacun. Les états de santé associés à des pathologies quelconques, qu'elles se manifestent au niveau de l'organisme, de l'individu ou de la société, peuvent être décrits par la **CIH-2**. En d'autres termes, la **CIH-2** est d'application universelle[xxv].

[xxiv] Règles pour l'égalisation des chances des handicapés, adoptées par l'Assemblée générale des Nations Unies à sa quarante-huitième session le 20 décembre 1993 (résolution 48/96). New York, Nations Unies, Département de l'information de l'ONU, 1994.

[xxv] Bickenbach JE, Chatterji S, Badley EM, Üstün TB (1999) Models of disablement, universalism and the ICIDH, Social Science and Medicine, 48:1173-1187



7 Cadre conceptuelle de la santé, OMS.

CHAMP D'APPLICATION DE LA CIH-2

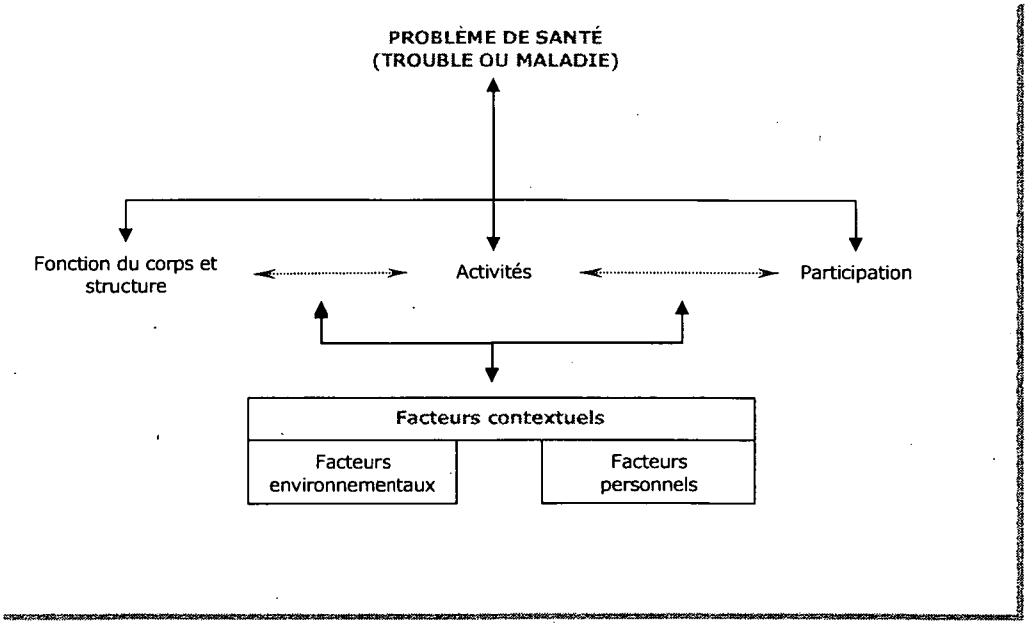


Figure 8 *La classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé* - CIF (OMS, 2001).

La **CIH-2** donne le moyen de décrire une vaste gamme de situations concernant le fonctionnement humain et les restrictions qu'il peut subir; elle fournit un cadre pour organiser cette information. Elle apporte également une structure qui permet de présenter l'information de manière utile, intégrée et facilement accessible.

La **CIH-2** organise l'information en deux parties: (1) fonctionnement et handicap et (2) facteurs contextuels. Chaque partie a deux composantes:

1. Composantes du fonctionnement et du handicap

   a) **La composante Organisme** comprend deux classifications, une pour les fonctions des systèmes organiques et une pour les structures anatomiques. Les différents chapitres des deux classifications sont organisés selon les systèmes organiques ;

   b) **La composante Activités et participation** couvre la gamme des domaines définissant les aspects du fonctionnement, tant du point de vue de la personne en tant qu'individu que du point de vue de la personne en tant qu'être social.

2. Facteurs contextuels

   a) Une liste de **facteurs environnementaux** constitue un sous-ensemble des **facteurs contextuels**. Ces **facteurs environnementaux** ont un impact sur toutes les composantes du fonctionnement et du handicap et sont organisés de manière à aller de l'environnement le plus proche à l'environnement le plus général ;

   b) Les **facteurs personnels** constituent l'autre sous-ensemble des **facteurs contextuels**. Ils ne sont cependant pas intégrés à la **CIH-2** en raison des importantes variations sociales et culturelles qui leur sont associées.

Les **composantes du fonctionnement et du handicap** peuvent être exprimées, dans la **CIH-2**, de deux manières: elles peuvent être utilisées pour indiquer un problème (par ex. une incapacité, une limitation d'activité ou une restriction de participation, le tout regroupé sous le terme générique de handicap); elles peuvent aussi être utilisées pour faire référence à des aspects de la santé (ou des états qui y sont liés) qui ne posent pas problème (donc neutres): elles sont alors regroupées sous le terme générique de fonctionnement.

L'état de fonctionnement et de handicap d'une personne est le résultat de l'interaction dynamique[xxvi] entre son état de santé (maladies, troubles, blessures, traumatismes, etc.) et les facteurs contextuels. Ces derniers comprennent à la fois des facteurs personnels et des facteurs environnementaux. La **CIH-2** dresse une liste très complète des facteurs environnementaux, qui sont considérés comme une composante essentielle de la classification. Les **facteurs environnementaux** interagissent avec tous les éléments du fonctionnement et du handicap. Le schéma qui sous-tend les facteurs environnementaux est le fait de savoir si les caractéristiques du monde environnant, du contexte social et des attitudes ont un effet facilitateur ou si, au contraire, elles constituent un obstacle pour la personne qui y vit.

DEFINITIONS DES COMPOSANTES

Dans le contexte de la santé

- **Les fonctions organiques** désignent les fonctions physiologiques des systèmes organiques (y compris les fonctions psychologiques) ;
- **Les structures anatomiques** désignent les parties anatomiques du corps, telle que les organes, les membres et leurs composantes ;
- **Déficiences** (*angl. : impairments*) désignent des problèmes dans la fonction organique ou la structure anatomique, tels un écart ou une perte importante ;
- **Activité** désigne l'exécution d'une tâche par une personne.

[xxvi] Cette interaction peut être perçue comme un processus ou comme un résultat, selon le point de vue de l'utilisateur.

- **Participation** désigne l'implication d'une personne dans une situation de vie réelle. La Participation selon la **CIF** relève d'une approche systémique des inégalités sociales référée à la situation de handicap. L'objectif est l'identification des causes individuelles et environnementales des restrictions de participation. Le traitement l'égalité d'accès aux droits de tous (mesures anti-discriminatoires et d'accessibilité généralisée) et des mesures de compensation différentielles et réadaptatives;

- **Les limitations d'activité** désignent les difficultés que rencontre une personne dans l'exécution de certaines activités ;

- **Les restrictions de participation** désignent les problèmes qu'une personne peut rencontrer en s'impliquant dans une situation de vie réelle ;

- **Les facteurs environnementaux** désignent l'environnement physique, social et attitudinal dans lequel les gens vivent et mènent leur vie.

Aperçu de la CIH-2

<table>
<tr><th></th><th colspan="2">Partie 1: Fonctionnement et handicap</th><th colspan="2">Partie 2: Facteurs contextuels</th></tr>
<tr><th></th><th>Fonctions organiques et structures anatomiques</th><th>Activités et participation</th><th>Facteurs environnementaux</th><th>Facteurs personnels</th></tr>
<tr><td>Domaines</td><td>1. Fonctions organiques

2. Structures anatomiques</td><td>Domaines de la vie (Tâches, actions)</td><td>Facteurs extérieurs affectant le fonctionnement et le handicap</td><td>Facteurs internes affectant le fonctionnement et le handicap</td></tr>
<tr><td>Schémas</td><td>Changement dans les fonctions organiques (physiologie)

Changement dans la structure anatomique</td><td>Capacité
réaliser des tâches dans un environnement standard

Performance
réaliser des tâches dans l'environnement réel</td><td>Impact (facilitateur ou obstacle) de la réalité physique, de la réalité sociale ou des attitudes</td><td>Impact des attributs de la personne</td></tr>
<tr><td>Aspect positif</td><td>Intégrité fonctionnelle et structurale</td><td>Activité
Participation</td><td>Facilitateurs</td><td>Sans objet</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="2">Fonctionnement</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>Aspect négatif</td><td>Déficience</td><td>Limitation de l'activité
Restriction de la participation</td><td>Barrières, obstacles</td><td>Sans objet</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="2">Handicap</td><td></td><td></td></tr>
</table>

Comme le tableau l'indique:

La **CIH-2** est constituée de deux parties, comprenant chacune deux composantes.

1) La première partie : **Fonctionnement et handicap**:

   A) Fonctions organiques et structures anatomiques ;

   B) Activités et participation.

2) La seconde partie : **Facteurs contextuels**:

   A) Facteurs environnementaux ;

   B) les Facteurs personnels.

Chaque composante peut être exprimée en termes positifs ou en termes négatifs.

Chaque élément est fait de divers domaines, à l'intérieur desquels on trouve les catégories, qui sont les unités de classification. **L'état de santé** d'une personne et les états qui y sont liés sont ainsi classés en attribuant un ou plusieurs codes appropriés pour la catégorie choisie, en ajoutant un ou plusieurs codes qualificatifs qui précisent l'étendue ou l'ampleur du fonctionnement ou du handicap dans cette catégorie, ou la mesure dans laquelle un facteur environnemental est un facilitateur ou un obstacle.

FONCTIONS ORGANIQUES, STRUCTURES ANATOMIQUES ET DEFICIENCES

« Le fonctionnement est un terme générique qui se rapporte aux fonction organiques, aux activités de la personne et à la participation au sein de la société ; de même, handicap sert de terme générique pour désigner les déficiences, les limitations d'activités ou la restriction de participation ».

Définitions :

- Les **fonctions organiques** désignent les fonctions physiologiques des systèmes organiques (y compris les fonctions psychologiques).
- Les **structures anatomiques** désignent les parties du corps humain, telles que les organes, les membres et leurs composantes.
- Les **déficiences** désignent des problèmes des fonctions organiques ou des structures anatomiques, comme un écart ou une perte importante.

(1) Les **fonctions organiques** et les **structures anatomiques** sont classées dans deux sections distinctes. Elles sont conçues pour être parallèles. Par exemple, les fonctions organiques incluent les sens de base comme la vue (« fonctions de vision »), et leurs corrélats structurels sous la forme « œil et ses annexes ».

(2) Le terme « **organique** » se réfère à l'ensemble de l'organisme humain: il englobe donc le cerveau et ses fonctions, c'est-à-dire l'esprit. Les **fonctions mentales** (ou psychologiques) font donc partie des **fonctions organiques**.

(3) Les **fonctions organiques** et **structures anatomiques** sont classées selon les systèmes organiques; dans la même logique, les structures anatomiques ne sont pas considérées comme des organes au sens strict[xxvii].

[xxvii] Dans la version de 1980 de la CIH, on mentionnait l'organe comme niveau de référence, mais la définition d' « organe » n'était pas claire. Les yeux et les oreilles sont traditionnellement considérés comme des organes, mais il est difficile de les délimiter de manière précise. Il en va de même des limites des membres et des organes internes. La CIH-2 substitue à l'approche de l' « organe », qui suppose l'existence d'une entité ou unité à l'intérieur du corps, celle de structure organique.

(4) Une **déficience** de structure peut consister en une anomalie, carence, perte ou autre écart important par rapport à une norme au niveau des structures anatomiques. Les déficiences ont été définies à la lumière des connaissances actuelles aux niveaux tissulaire ou cellulaire, et au niveau infracellulaire ou moléculaire. Toutefois, pour des raisons pratiques, ces niveaux ne sont pas repris dans la présente classification[xxviii]. Les fondements biologiques des déficiences ont guidé la classification, et il demeure possible d'étendre celle-ci au niveau cellulaire ou moléculaire. Il convient de signaler aux utilisateurs du milieu médical que les déficiences ne sont pas équivalentes à la pathologie sous-jacente, mais qu'elles sont plutôt les manifestations de cette pathologie.

(5) Les **déficiences** représentent des écarts par rapport à certaines normes généralement acceptées de l'état biomédical du corps et de ses fonctions. La définition de leurs composantes repose principalement sur le jugement des personnes compétentes pour évaluer le fonctionnement physique et mental par rapport à des normes généralement reconnues.

(6) Les **déficiences** peuvent être temporaires ou permanentes; progresser; régresser ou rester stables, être intermittentes ou continues. L'écart par rapport à la norme peut être grand ou petit, et il peu t varier dans le temps. Ces caractéristiques font l'objet des descriptions plus détaillées, principalement dans les codes au moyen de codes qualificatifs ajoutés après le point séparateur.

(7) Les **déficiences** ne dépendent pas de l'étiologie ni de la façon dont elles sont apparues; par exemple, la perte de la vue ou d'un membre peut découler d'une anomalie génétique ou d'une blessure. Toute déficience a nécessairement une cause mais la cause en elle-même ne suffit pas forcément à expliquer la déficience qui en résulte. De même, lorsqu'une déficience se manifeste, il y a naturellement un dysfonctionnement des fonctions organiques, par définition, mais il peut être lié à diverses maladies, troubles ou états physiologiques.

(8) La **déficience** peut faire partie intégrante d'un état de santé donné, mais elle ne signifie pas nécessairement qu'il y ait présence d'une maladie ou que l'individu doive être considéré comme malade.

(9) Les **déficiences** couvrent un champ plus vaste que les troubles ou les maladies; par exemple, la perte d'une jambe constitue bien une déficience de la structure anatomique mais n'est pas pour autant un trouble ou une maladie.

(10) Une **déficience** peut en entraîner d'autres. Par exemple, un manque de force musculaire peut être une entrave au mouvement, les fonctions cardiaques peuvent être liées à des fonctions respiratoires, les perceptions peuvent être associées à des fonctions cognitives.

(11) On peut observer un certain chevauchement entre certaines catégories de fonctions organiques et de structures anatomiques d'une part et les catégories de la **CIM-10**, particulièrement pour ce qui a trait aux symptômes et aux signes. Cependant, ces deux classifications poursuivent des objectifs différents. La **CIM-10** propose la classification des symptômes en chapitres pour se faire une meilleure idée de la morbidité ou de l'utilisation des services, alors que la **CIH-2** les présente comme faisant partie des fonctions organiques. Ils peuvent être utilisés pour la prévention ou pour définir les besoins des patients. Plus important encore, dans la **CIH-2**, la classification des fonctions organiques et des structures anatomiques est conçue pour être utilisée en parallèle avec les catégories d'Activités et participation.

(12) Les **déficiences** sont classées par catégories selon des critères d'identification définis (par exemple, présentes ou absentes, en fonction du seuil considéré). Ces critères sont les mêmes pour les fonctions et la structure. Ils sont: a) perte ou manque; b) réduction; c) addition ou excès; et d) écart. Lorsqu'une déficience est présente, elle est classée sur une échelle de gravité au moyen d'un code qualificatif générique.

[xxviii] Ainsi les déficiences dont la liste figure dans la CIH-2 doivent pouvoir être décelées par un tiers ou par la personne concernée elle-même, soit par observation directe soit par inférence à partir des faits observés.

(13) Les **facteurs environnementaux** interagissent avec les fonctions organiques, par exemple la qualité de l'air et la respiration, la lumière et la vue, le son et l'ouïe, des stimuli détournant l'attention et l'attention, la surface du sol et l'équilibre, la température ambiante et la régulation de la température corporelle.

ACTIVITES ET PARTICIPATION / LIMITATIONS D'ACTIVITES ET RESTRICTIONS DE PARTICIPATION

Définitions:

- Une **activité** signifie l'exécution d'une tâche ou le fait pour une personne de faire quelque chose.
- La **participation** signifie le fait de prendre part à une situation de la vie réelle.
- Les **limitations d'activité** désignent les difficultés qu'une personne peut rencontrer pour mener une activité.
- Les **restrictions de participation** désignent les problèmes qu'une personne peut rencontrer pour participer à une situation réelle.

Notons que c'est dans a **participation sociale**, « *qui prend forme dans les relations entre l'individu et ses différents milieux de vie que sont l'école, le milieu de travail, la vie communautaire, etc.*[xxix] »

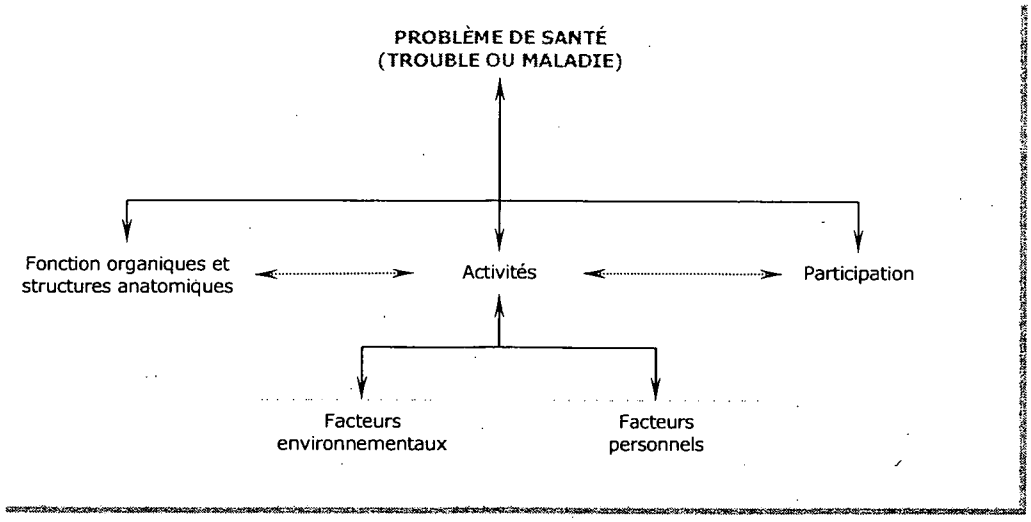


Figure 9 d'après la *Classification internationale du fonctionnement du Handicap et de la Santé* (CIF), (OMS 2002).

Le cadre conceptuel de la **CIF** permet de cerner les différentes composantes du fonctionnement et du handicap et leurs interactions, pointant par là-même les différents niveaux d'actions possibles pour (re)passer d'une situation de handicap à une situation de fonctionnement.

SYNTHESE

La **CIF** s'inscrit dans le champ de la santé. Elle est fondée sur une perspective axée sur la performance de l'individu et la conformité à la norme conçue comme une donnée externe, vers laquelle on doit tendre pour participer.

[xxix] Pelletier. J., « l'espace communautaire », dans "Aessad 2000" op. cit.

Cette conception pragmatique de l'être humain et de la société est, en soi, séduisante et peut être perçue comme moderne et opérationnelle pour les intervenants des diverses disciplines associées à la santé et aux services sociaux, ou aux agents indemnisateurs, chargés de soutenir le passage du porteur d'anormalités vers une performance participative définie par les autres.

La **CIF** classe les états de la santé (soit les structures et fonctions organiques, les activités et la participation) et les états connexes de la santé (soit les problèmes de santé et les facteurs contextuels qui se subdivisent en facteurs personnels et en facteurs environnementaux), selon une approche biopsychosociale.

La définition du handicap donnée dans la loi du 11 février 2005 ainsi que les critères d'accès à la prestation de compensation prennent en compte cette approche, c'est pourquoi les différentes dimensions de la CIF, notamment celle des activités, servent de référence au guide d'évaluation multidimensionnelle et à plusieurs référentiels pris en application de la loi du 11 février 2005. « *Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant* » (article 2 de la loi du 11 Février 2005).

Par "physique", il faut entendre non seulement les paralysies et amputations mais aussi les altérations cardiaques, respiratoires, du dos etc. Par "mental", il faut entendre difficultés d'apprentissages, atteintes cognitives. Par "sensoriel", il faut entendre cécité et basse vision, surdité et hypoacousie, sens de l'odorat. Par "psychique", il faut entendre altération du comportement en société.

DU CONTEXTE EUROPÉEN

En 2002, deux autres grandes études se sont attachées à la définition de l'incapacité dans le contexte européen. La première, intitulée « *Assessing disability in Europe – Similarities and differences* », est l'aboutissement d'un projet de recherche de trois ans (1997-2000) financé par le Conseil de l'Europe[190]. Selon cette analyse, quatre approches fondamentales sont utilisées pour l'évaluation de la capacité : 1° la méthode des barèmes ; 2° l'évaluation des besoins en soins ; 3° la détermination de la capacité fonctionnelle ; et, enfin, 4° l'estimation des pertes économiques.

Le rapport décrit aussi le rôle joué par les *équipes multidisciplinaires* qui déterminent l'attribution des *allocations et de l'aide personnelle* et, en particulier, évaluent la possibilité que la personne visée puisse se réadapter sur les plans professionnel et social et se réintégrer dans la collectivité et l'économie.

La seconde étude, intitulée « *Definitions of Disability in Europe: A Comparative Analysis* », est le résultat d'un projet de recherche de deux ans et a été publiée en septembre 2002 sous les auspices de la Commission Européenne (CE).

La Commission précise de l'étude de vise pas à trouver une définition normalisée unique, mais plutôt pour élaborer un *cadre de travail* dans lequel les *différentes définitions* pourraient se situer et se *comparer l'une à l'autre*[191].

EN CONCLUSION

Le **handicap** est une **situation socialisée** vécue par un individu (et, par ricochet, par ses proches). On parle pour cela de personne en **situation de handicap**. La **situation de handicap** découle de l'interaction entre deux séries de facteurs : des facteurs individuels, donc subjectifs, et des facteurs liés à l'environnement physique et social ; c'est pourquoi les appellations de « **handicapé** », ou de « **personne handicapée** », sont aujourd'hui contestées car elles laissent penser que l'individu seul (ses caractéristiques physiques ou mentales) est à l'origine de la **situation sociale** qu'il vit, sans que la société et les barrières qu'elle oppose à sa différence ne soient contributives de cette situation.

Le **handicap** touche une personne : il faut parler de **personne en situation de handicap**, et non simplement de **situation de handicap**, concept théorique intéressant mais désincarné ; la **notion de situation de handicap** signifie qu'on ne peut parler de **handicap** que dans une situation donnée (*Minaire*) ; mais il n'y a pas de situation sans un individu pour la vivre (et, en partie, la constituer).

L'incapacité et le **handicap** n'échappent pas à la règle : on constate des différences selon la **catégorie socioprofessionnelle** dans les risques d'avoir des **déficiences**, des **incapacités** dans les activités du quotidien ou encore de recourir aux **institutions socio-sanitaires** en cas de **handicap** (Chau et collab., 2005 ; Mormiche et collab., 2003; Ravaud et collab., 2000).

Le niveau d'instruction (le niveau de litératie) ou la profession reflètent des ressources, des conditions de vie et de travail fortement liées à la santé et à l'espérance de vie. Ainsi, plusieurs études soulignent que l' élévation générale du niveau d' instruction dans la population est en partie responsable de la diminution de l' incapacité (Freedman et collab., 1999 ; Ross et collab., 1999, Lalive d' Epiney C et collab., 2000).

La profession peut également constituer un facteur de détérioration de la santé ou d'accident à travers des conditions de travail physiquement ou moralement pénibles (Siegrist, 1996; Karasek, 1990), ayant alors un effet particulier sur la survenue de limitations fonctionnelles. Mais l'activité professionnelle peut aussi favoriser la bonne santé, à travers les liens sociaux que fournit le travail ou encore par la couverture des frais médicaux proposée par les employeurs.

Du handicap « physique », « psychique », « mentale » et « cognitif »

Les **compétences** recouvrent l'ensemble des capacités qui permettent à l'individu d'accomplir des actions adaptées à l'environnement. Dans la perspective de **l'insertion professionnelle des personnes handicapées**, l'acquisition de compétences permet à l'individu de développer les aptitudes à travailler avec d'autres personnes et de faire face aux exigences du travail. Elles favorisent aussi la capacité à s'approprier les **normes** (sociales) imposées par la société et contribuent à la **réalisation de soi** et à l'**autonomie** quotidienne. Elles construisent l'**identité** de la personne et créent le **lien social**.

HANDICAP COGNITIF OU NEUROPSYCHOLOHIQUE

« *Troubles d'apprentissage -- problème de santé publique*? » Le handicap cognitif est la conséquence de la déficience des grandes fonctions cérébrales supérieures que sont l'attention, la mémoire, les fonctions exécutives et perceptives, le raisonnement, le jugement, le langage. Ces déficiences bien particulières, touchant à l'essentiel de la personne humaine, sont à l'origine d'incapacités variées, douloureusement perçues par l'entourage, mais dont le patient, au début, n'est pas toujours conscient. Les **handicaps cognitifs** tiennent au fait qu'il s'agit d'un handicap existentiel, invisible, imprévisible, à fort retentissement familial et à haut risque de marginalisation.

C'est un handicap invisible pour le patient lui-même qui, au début, est pratiquement toujours *anosognosique*[xxx]. H. Oppenheim souligne très bien que ces patients n'ont pas de représentation éprouvée de leur handicap, d'où la difficulté à intégrer la maladie dans leur espace psychique. Prigatano rapporte cette *anosognosie* à des stratégies de « *coping* » mises en place pour faire face à la maladie.

Dyslexie, dysphasie, dyscalculie, dyspraxie, TDAH, « *Précocité* » et troubles des apprentissages constitue autant de formes de handicap et demande de colliger un ensemble d'éléments d'information concernant les **dysfonctionnements neuropsychologiques** de la progéniture et de développer de nouvelles stratégies diagnostiques et thérapeutiques pour la prise en charge des pathologies et handicaps neurologiques ou des

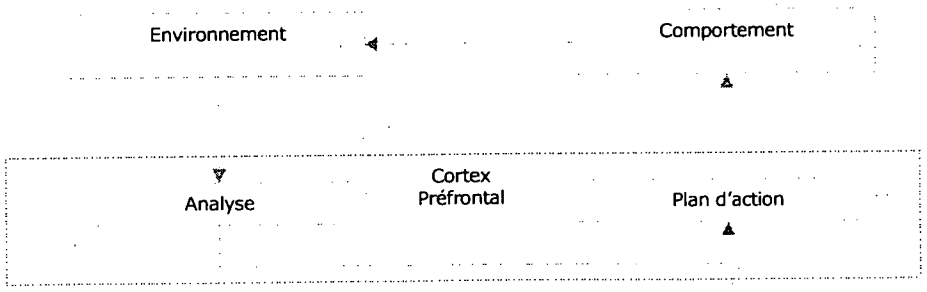
[xxx] Méconnaissance, par un malade ou un infirme, de son état, même grave, notamment dans le cas d'affections telles que la cécité ou l'hémiplégie.

dysfonctionnements cognitifs ainsi que d'évaluer et stimuler les capacités de plasticité fonctionnelle du cerveau humain. Des besoins en ressources tels que les psychiatres, les psychomotriciens, les neuropsychologues, les psychologues cognitivistes, et les ergothérapeutes et appel à une intervention multimodale, multidisciplinaire, transdisciplinaire, multidimensionnelle sont autant d'éléments fonctionnement en réseaux nécessaires à la prise en charge d'afflictions aussi complexe.

Les troubles des **fonctions exécutives** retentissent de façon significative sur les possibilités de reprise professionnelle, d'adaptation sociale et de loisir. Les **difficultés attentionnelles** perturbent la participation à une discussion avec de multiples intervenants, la capacité de faire deux choses en même temps, et entraînent distractibilité, lenteur et fatigabilité. Les **troubles de la mémoire** constituent une gêne à la **mémorisation** des rendez-vous, des faits récents avec des **difficultés d'apprentissage**, de **consolidation** et/ou de **récupération**. Dans le même sens, un certain nombre d'études notent parallèlement une augmentation de la dépression, de l'anxiété et de l'irritabilité ; les **plaintes cognitives** concernent alors l'attention, la mémoire, l'état d'esprit et le moral.

Le bilan neuropsychologique ou l'évaluation cognitive explore schématiquement des domaines distincts (mémoire, langage, praxies, fonctions visuospatiales, agnosies, fonctions exécutives) : leur atteinte conditionnant (ou réduisant les chances) de certaines prises en charge. Une **incapacité** traduit la conséquence fonctionnelle dans une situation spécifique (ex, lire, utiliser un téléphone, s'habiller). Le **handicap** exprime le retentissement dans la vie sociale (perte du statut professionnel, modification des relations familiales, dépendance pour la conduite automobile...).

Le concept de « **système exécutif** » renvoie à un ensemble de processus dont la fonction principale est de **faciliter l'adaptation du sujet à des situations nouvelles**, notamment lorsqu'une **tâche** requiert la mise en œuvre de **processus contrôlés** qui s'organise en partie dans le **lobe préfrontal**. Les **déficits** des **processus exécutifs** les plus fréquents concernent l'initiation et l'inhibition de l'action, la flexibilité, l'attention divisée, la génération d'informations, la planification, la résolution de problèmes (déduction, maintien et commutation de règles tacites), la **mémoire de travail** et les stratégies de recherche en mémoire épisodique. Il est effectivement, régulièrement souligné les risques du mythe du « **Handicap Invisible** » que peut prendre en particulier, le « **handicap cognitif** ». De plus, les **capacités à résoudre un problème**, à s'adapter à une nouvelle situation, concerne le plus haut des niveaux hiérarchiques des processus cognitifs.



Les personnes touchées par ces **troubles cognitifs**, ont tous des besoins communs, entre autre, : 1) comprendre leurs difficultés et avoir des informations utilisables sur les troubles dont ils souffrent; 2) pouvoir bénéficier de bilans neuropsychologiques très précis (complémentaires d'autres bilans), afin de cibler les rééducations possibles et les adaptations nécessaires ; 3) avoir accès aux rééducations dont ils ont besoin et qui ne sont pas toutes remboursées (neuropsychologie, orthophonie, psychomotricité, psychologie cognitive, ergothérapie, orthoptie, etc.); 4) rencontrer des enseignants, des formateurs ou des employeurs suffisamment informés de leurs difficultés pour qu'une intégration optimale soit possible; 5) avoir des interlocuteurs formés à un accompagnement spécifique, tel le mentorat; 6) obtenir des informations utilisables concernant les aspects juridiques, financiers, administratifs liés à leurs troubles et handicaps (et un accompagnement dans les démarches); 7) recevoir une aide à la compréhension

de leur profil cognitif, de leurs points forts et de leurs points faibles, et aussi des stratégie de compensation à mettre en place. 8) bénéficier d'une aide à l'analyse de leur vécu et de leur relation aux autres.

Les diagnostics recouvrent des « *dysfonctionnements neuropsychologiques* » ou des « *handicaps cognitifs* » concernant, entre autre, la mémoire (mémoire de travail, mémoire à long terme...), l'attention, les fonctions exécutives (planification, inhibition...), l'orientation temporo-spatiale, l'intégration visuo-spatiale constructive, le langage, etc. En outre, Il faut s'attendre à une augmentation des **handicaps cognitifs** dus à la grande prématurité et aux problèmes liés à la toxicité de l'environnement.

Ils étaient clairs depuis longtemps, les principaux relèvent :

- la reconnaissance de l'approche neuropsychologique et cognitive des Troubles des Apprentissages (sans exclure les autres approches) ;
- des diagnostics suffisamment précis dans un délai pas trop long ;
- des professionnels informés et formés ;
- des prises en charge compétentes et pluridisciplinaires ;
- une bonne intégration scolaire et professionnelle ;
- le développement de dispositifs adaptés aux cas sévères ;
- la prise en compte des aspects sociaux des troubles (guidance parentale) ;
- une meilleure reconnaissance légale et administrative des troubles et des situations de handicap ;
- le développement d'une Recherche débouchant sur une optimisation des prises en charge et la création d'outils performants ;
- un bon système d'information.

HANDICAP PSYCHIQUE



« *La maladie mentale est caractérisée par toute perturbation des fonctions mentales et, par conséquent, des comportements qu'elles commandent.* » Désormais, on associe plutôt le « *handicap mental* » à une déficience intellectuelle souvent détectée très tôt, tandis que le « *handicap psychique* » n'implique pas de déficit intellectuel majeur, mais est associé, soit à des psychopathologies, soit à des accidents tels qu'un traumatisme crânien.

Le « **handicap psychique** » ne doit pas être confondu avec la maladie elle-même. En effet, la *Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé* (**CIF**), adoptée à *l'Assemblée mondiale de la santé* en mai 2001 (Barral ; Roussel 2002), présente le **handicap** comme le résultat de l'interaction des caractéristiques de santé et des facteurs personnels d'un individu, d'une part, et des facteurs environnementaux, d'autre part. Il s'agit donc des conséquences de la **maladie mentale**, des conséquences fonctionnelles, sociales, cognitives... dans une situation donnée. En revanche, elle ne définit pas *stricto sensu* le terme de « **handicap psychique** ».

Les spécificités du « **handicap psychique** » ont été déclinées suivant quatre champs : le cognitif, les habiletés sociales, les habiletés professionnelles et l'identité personnelle.

Les **habiletés sociales** recouvrent l'ensemble des **capacités** spécifiques qui permettent à une personne d'accomplir une **performance jugée socialement adaptée**. Il précise qu'actuellement, elles sont conceptualisées sous forme **d'habiletés réceptives, d'habiletés décisionnelles** et **d'habiletés comportementales** :

- Les **habiletés réceptives** font référence à la capacité d'identifier et de comprendre les paramètres importants d'une **situation sociale**. Il s'agit par exemple de reconnaître si une personne est disponible pour répondre à une question;

- Les **habiletés décisionnelles** se rapportent à la capacité de choisir une réponse appropriée à la **situation sociale** rencontrée. Il s'agit de la capacité d'envisager différentes options face à un problème ou de déterminer un plan d'action. Par exemple, la capacité de changer de sujet de conversation lorsqu'il apparaît que notre interlocuteur s'ennuie;

- Les **habiletés comportementales** sont les différents éléments verbaux et non-verbaux de la réponse choisie. Il s'agit par exemple de la posture, des expressions faciales, du ton ou du volume de la voix, et du contenu lui-même de la réponse.

Quelques indicateurs des différentes composantes du champ des **habiletés sociales** :

- les liens et les repères sociaux ;

- la mobilisation des savoir-être et des habiletés comportementales ;

- la gestion de l'hygiène de vie ;

- les habiletés fonctionnelles et décisionnelles.

Le Handicap au Québec

HISTORIQUE

« [...] Les personnes qui, suite à une déficience physique ou mentale, permanente, congénitale ou acquise, éprouvent des difficultés importantes dans l'accomplissement des activités et des rôles normalement attendus par la société. »

En 1971, ***LA COMMISSION D'ENQUÊTE SUR LA SANTÉ ET LE BIEN-ÊTRE SOCIAL*** **(commission Castonguay-Nepveu)** décrit es conditions de vie déplorables des personnes handicapées au Québec[192]. Elle conclut à la nécessité d'une intervention de l'État pour contrôler les causes d'apparition des déficiences, minimiser leurs conséquences sociales et favoriser l'intégration sociale des personnes handicapées par une gestion rationnelle des ressources et des services.

À partir de 1973, ***LES MINISTÈRES DES AFFAIRES SOCIALES ET DE L'ÉDUCATION*** se préoccupent particulièrement des enfants en difficulté d'adaptation[xxxi].

Le 28 juin 1976 *Claude Forget*, ministre des Affaires sociales, dépose le projet de loi 55 sur la protection des personnes handicapées, pour étude en commission parlementaire. Il propose de créer un **office des personnes handicapées** pour informer et conseiller les personnes handicapées et promouvoir leurs intérêts et favoriser leur reclassement professionnel.

Le nouveau ministre des Affaires sociales, Denis Lazure, propose à la consultation, en avril 1977, un Livre blanc[193] : « *Proposition de politique à l'égard des personnes handicapées* ». Sans attendre les réactions à ce document, le ministre va de l'avant et présente, le 3 juin 1977, le projet de loi qui est censé traduire concrètement les objectifs et principes du Livre blanc. Le nouveau projet s'élargit aux domaines de l'intégration scolaire et sociale, pour toutes les personnes handicapées, de tout âge, quelle que soit la limitation physique ou mentale. Il implique directement plusieurs ministères et confirme un rôle de coordination et non de fourniture de services au futur Office des personnes handicapées.

On assiste à la formation d'un front commun qui réclame le retrait ou des modifications majeures au projet de loi et publie un manifeste le 25 octobre 1977[xxxii]. En avril 1978, un représentant du ministre affirme devant les délégués du *Congrès mondial de l'enfance inadaptée* : « ***LES DROITS DES PERSONNES HANDICAPÉES SONT STRICTEMENT LES MÊMES QUE CEUX DE TOUT AUTRE CITOYEN ET LEUR RECONNAISSANCE SERA INSCRITE DANS LA CHARTE DES DROITS ET LIBERTÉS DE LA PERSONNE. LE PRINCIPE SERA AINSI CONSACRÉ : LE HANDICAP D'UNE PERSONNE N'ENTRAVE EN RIEN L'ÉGALITÉ DE SES CHANCES ET LES HANDICAPÉS DOIVENT ÊTRE PROTÉGÉS CONTRE TOUTE FORME DE DISCRIMINATION ET D'EXPLOITATION***[xxxiii] ».

La nouvelle loi est adoptée le 23 juin 1978. La loi est appliquée par tranches et c'est le 8 novembre 1978 que *l'Office des personnes handicapées du Québec* est officiellement créé. L'année 1981 est déclarée par l'ONU; année internationale des personnes handicapées. C'est dans cette perspective que l'OPHQ dépose un projet d'élaboration d'une politique d'ensemble qui est approuvé par le Conseil des ministres le 11 mars 1981.

Le travail énorme réalisé par les tables et les groupes jette les bases d'« **À PART...ÉGALE** ». À court terme, il a permis de rédiger un État de situation[194] pour donner les informations essentielles aux invités de la Conférence socio-économique convoquée les 7, 8 et 9 décembre 1981.

[xxxi] « *Les services à l'enfance, mémoire de programmes* », ministère des Affaires sociales, 1973. « *L'éducation de l'enfance en difficulté d'adaptation et d'apprentissage au Québec* », rapport du Comité provincial de l'enfance inadaptée (COPEX), ministère de l'Éducation, 1976. « *L'école québécoise : l'enfance en difficulté d'adaptation et d'apprentissage, énoncé de politique et plan d'action, ministère de l'Éducation* », 1978.

[xxxii] Feux verts, novembre 1977.

[xxxiii] Le Devoir, 28 avril 1978.

MODÈLE QUÉBÉCOIS DE LA SITUATION DE HANDICAP

En 1989, une proposition des révisions du concept de « **handicap** » est élaborée par le comité québécois sur *la classification internationale des déficiences, les incapacités et de handicap* (CQCDIH) et la *Société canadienne sur la Classification internationale des déficiences, des incapacités et des handicaps* (SCCDIH). « **Le handicap** » y est considéré comme « le résultat situationnel d'un processus interactif entre deux séries de causes :

- Les caractéristiques **des déficiences** et **des incapacités** de la personne découlant **de maladies** ou **de traumatismes**;
- les caractéristiques de **l'environnement** créant **des obstacles sociaux** ou **écologiques** dans une situation donnée. »

En 1996, des améliorations out était apporté au modèle afin de distinguer entre **la participation sociale** et **les facteurs environnementaux**. Il s'appuie sur un modèle anthropologique du développement humain, résultant de l'interaction de facteurs individuels, de facteurs environnementaux et des habitudes de vie. « *Une habitude de vie est une activité quotidienne ou un rôle social valorisé par le contexte social culturel pour une personne selon ses caractéristiques. [...] Elle assure la survie et l'épanouissement d'une personne dans la société tout au long de son existence. La qualité de la réalisation d'une habitude de vie se mesure sur une échelle allant de la pleine participation sociale à la situation de handicap totale* » (révision de la proposition québécoise de classification : processus de production du handicap, CQCIDIH-SCCIDIH, 1996).

La norme sociale n'est pas de s'occuper des droits des personnes ayant des incapacités, mais d'assurer l'exercice des droits de la personne quelle que soient les différences, y compris celles reliées aux déficiences et incapacités, et d'avoir à poser les gestes sociopolitiques nécessaires pour assurer l'exercice du droit à l'égalité. » (Révision de la proposition québécoise de classification : processus de production du handicap, CQCIDIH-SCCIDIH, 1996).

ORGANISME DE RECHERCHE ET DE DÉVELOPPEMENT DE LA CONNAISSANCE SUR LE HANDICAP (RIPPH)

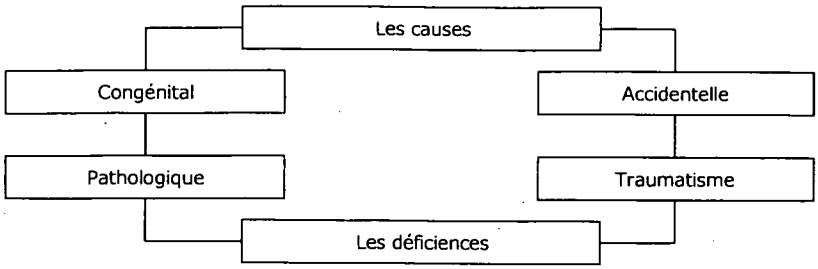
« L'art et la science de prévenir la maladie, de prolonger la vie et de promouvoir la santé physique et l'efficacité des services de santé par un effort organisé de la communauté » (Winslow ; 1920)

Le **RIPPH** est nouvelle dénomination légale du **CQCIDIH** (***COMITÉ QUÉBÉCOIS SUR LA CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES DÉFICIENCES, INCAPACITÉS ET HANDICAPS***) depuis 1997, est un organisme de recherche et de développement des connaissances axé sur le changement social et l'exercice d'une participation sociale optimale pour les personnes ayant des incapacités. Il valorise la prise en compte des facteurs environnementaux comme producteurs de situation d'exclusion sociale pour les personnes différentes dans leurs corps et fonctionnalités. Les objectifs du **RIPPH** sont, entre autres, promouvoir la connaissance, l'application et la validation du modèle du Processus de production du handicap explicatif des causes et conséquences des maladies, traumatismes et autres atteintes à l'intégrité et au développement de la personne, et de participer largement à la révision de la classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé.

LES CAUSES DU HANDICAP

En 1984, il existait depuis plusieurs années *une classification internationale des maladies* qui est le fruit d'une approche purement médicale.

Les causes conformes à **la situation de handicap** sont celles qui engendre **une déficience** sont soit pathologique, congénitale ou acquise, soit traumatique à la suite d'un accident, à cause d'un milieu à risques ou des habitudes de vie[195].



DE LA DEFICIENCE

« UNE DÉFICIENCE EST UNE PERTE, UNE MALFORMATION OU UNE ANOMALIE D'UN ORGANE, D'UNE STRUCTURE OU D'UNE FONCTION MENTALE, PSYCHOLOGIQUE, PHYSIOLOGIQUE OU ANATOMIQUE. ELLE EST LE RÉSULTAT D'UN ÉTAT PATHOLOGIQUE OBJECTIF, OBSERVABLE, MESURABLE ET POUVANT FAIRE L'OBJET D'UN DIAGNOSTIC. » Une personne peut avoir une ou plusieurs déficiences, et ce, à une des degrés divers de gravité. De même, les anomalies psychiques peuvent avoir des causes diverses liées au milieu de vie, aux habitudes de la personne ou à des anomalies organiques causées par une maladie.

CLASSIFICATION DES DÉFICIENCES
Organisation mondiale de la santé (synthèse OPHQ)

CATÉGORIES	SOUS-CATÉGORIES
1. Déficiences intellectuelles	Déficience de l'intelligence Déficience de la mémoire Déficience de la pensée
2. Autres déficiences du psychisme	Déficience de la conscience et de l'état de veille Déficience de la perception et de l'attention Déficience des fonctions émotives et de la volonté Déficience du comportement
3. Déficiences du langage et de la parole	
4. Déficiences auditives	Déficience de l'acuité Autre déficience de l'audition ou de l'appareil auditif
5. Déficiences visuelles	Déficience de l'acuité visuelle Autre déficience de la vision et de l'appareil oculaire
6. Déficiences des autres organes	
7. Déficiences du squelette et de l'appareil de soutien	Déficience des régions de la tête Déficience mécanique et motrice des membres Altérations des membres (amputations)
8. Déficiences esthétiques	
9. Autres déficiences fonctionnelles, sensorielles et multiples	

CATÉGORIES DE DÉFICIENCES UTILISÉES AU QUÉBEC

— déficience mentale (1)
— déficience psychique ou émotionnelle (2)

Déficiences physiques

— déficience motrice (7)
— déficience organique (6)
— déficience de la parole (3)

Déficiences sensorielles

— déficience auditive (4)
— déficience visuelle (5)

Il y avait une confusion persistante entre l'existence d'une déficience et la réalité individuelle et sociale de ses conséquences. Il fallait utiliser ces notions avec précaution et rechercher des informations plus qualitatives reliées aux activités quotidiennes jugées normales dans une société donnée.

Une incapacité correspond à toute réduction (résultant d'une déficience) partielle ou totale de la capacité d'accomplir une activité d'une façon ou dans les limites considérées comme normales pour un être humain.

DE L'INCAPACITE OU DE LA LIMITATION FONCTIONNELLE

C'est la conséquence directe d'une **déficience** sur le fonctionnement quotidien d'une personne. Elle est liée aux réactions de la personne, aux causes et circonstances d'apparition de la **déficience**, à son âge, aux aides techniques et interventions d'**adaptation** disponibles pour compenser la limitation fonctionnelle. Dans « **À PART...ÉGALE** », le terme de **limitation fonctionnelle** est aussi utilisé pour désigner **une incapacité**.

CLASSIFICATION DES INCAPACITÉS
Organisation mondiale de la santé (synthèse OPHQ)

CATÉGORIES	SOUS-CATÉGORIES
1. Incapacités concernant le comportement	concernant la conscience concernant les relations
2. Incapacités concernant la communication	concernant la communication orale concernant l'écoute concernant la vision
3. Incapacités concernant les soins corporels	concernant les fonctions excrétrices concernant l'hygiène corporelle concernant l'habillage concernant la nutrition et autres soins corporels
4. Incapacités concernant la locomotion	concernant la déambulation entraînant une restriction dans les déplacements
5. Incapacités concernant l'utilisation du corps dans certaines tâches	concernant les tâches domestiques concernant les mouvements du corps
6. Maladresse	concernant les activités quotidiennes concernant les activités manuelles
7. Incapacités révélées par certaines situations	concernant la dépendance et la résistance liées à l'environnement physique

Il n'y avait au Québec aucune donnée valide sur l'importance des *limitations fonctionnelles* rencontrées par les personnes ayant des déficiences[xxxiv].

Un handicap est un désavantage social pour une personne résultant d'une déficience ou d'une incapacité et qui limite ou interdit l'accomplissement de ses rôles sociaux (liés à l'âge, au sexe, aux facteurs socioculturels).

LE HANDICAP

C'est une stigmatisation de la personne qui est porteuse d'une différence repérée ou interprétée comme une anormalité par la société. Selon Fougeyrollas (1984), « *classer les handicaps, ce n'est pas classer les personnes mais les facteurs de production du handicap afin d'intervenir sur le milieu et l'organisation des ressources pour corriger cette violence sociale envers la différence* ».

[xxxiv] « *Survey of non-institutionalized physically handicapped persons in Ontario* », Socio-demographic and need-related characteristics, Ontario, Government Bookstore, 1982.

AGIR SUR LES HANDICAPS OU OBSTACLES SOCIAUX - FAVORISER L'INTEGRATION

Quelles que soient ses **capacités fonctionnelles**, la personne doit pouvoir s'intégrer socialement.

AGIR	
SUR QUOI AGIR	**COMMENT AGIR**
1. Les causes	La prévention
2. Les déficiences	Le diagnostic et les traitements
3. Les incapacités	L'adaptation et la réadaptation
4. Les handicaps	La suppression des obstacles sociaux à l'intégration

Dans **« À PART... ÉGALE »**, on entend par intégration sociale[xxxv] aussi bien la participation sociale et le maintien dans le milieu que l'intégration scolaire et professionnelle.

Selon Fougeyrollas (1984), *« à l'aide de ces quatre niveaux d'intervention, on peut distinguer les interventions collectives de prévention des déficiences, de développement du potentiel et d'intégration des personnes handicapées et les interventions individuelles qui permettent le développement du potentiel et l'intégration sociale de chaque personne handicapée. Il s'agit donc, d'une part, d'adapter et d'organiser les ressources et services collectifs nécessaires et, d'autre part, de permettre à la personne d'y avoir accès pour répondre à l'ensemble de ses besoins. »*

[xxxv] Cette distinction est surtout historique, la dimension de participation à la vie sociale ayant été ajoutée après coup.

DES FACTEURS DE RISQUES

UNE VUE D'ENSEMBLE DES FACTEURS DE RISQUE
Organisation sociale et environnement
▪ Les risques liés aux facteurs socio-économiques ▪ Les risques liés à l'environnement physique (air, eau, sol, bruit) ▪ Les risques liés à la salubrité des logements et à l'urbanisation ▪ Les risques liés à l'organisation des soins de santé et de services sociaux, éducatifs, d'adaptation et de réadaptation ▪ Les risques liés à l'organisation et aux postes de travail
Comportements individuels déterminés socialement et culturellement
▪ Les risques liés aux facteurs socioculturels (discrimination, privilège, manque de stimulation, attitudes et définition de la normalité) ▪ Les risques liés au milieu familial ▪ La violence ▪ La nutrition ▪ Le tabac, l'alcool et les autres drogues ▪ La sédentarité ▪ L'hygiène
Traumatismes
▪ Les accidents du travail ▪ Les accidents de la circulation ▪ Les accidents domestiques ▪ Les accidents dans les sports et les loisirs
Biologie
▪ Les risques génétiques ▪ Les risques périnataux ▪ Les agents infectieux ▪ Les risques organiques

DE L'INCPACITE NON PHYSIQUE

Cette catégorie inclut les *difficultés d'apprentissage*, la déficience intellectuelle, ***LES LIMITATIONS D'ACTIVITÉS LIÉES À UN ÉTAT ÉMOTIF, PSYCHOLOGIQUE*** ou ***PSYCHIATRIQUE, LES LIMITATIONS EN RAISON DE*** *troubles de mémoire* et les *incapacités de type inconnu*[xxxvi].

La situation des personnes ayant une *incapacité non physique* (troubles psychologiques, troubles de mémoire, troubles d'apprentissage, déficience intellectuelle).

DU PPH ADAPTÉ

- *Processus de production du handicap* (P.Fougeyrollas, RIPPH, Québec, 1998)
- *Classification du fonctionnement, du handicap et de la santé* (OMS, 2001)

INTRODUCTION

Le **modèle québécois du processus de la production du handicap** (PPH) trouve son origine dans le contexte de l'élaboration et de l'implantation, dans un vaste exercice démocratique de mobilisation de la société québécoise, de la politique À part...égale au cours des années 1980. Le **modèle québécois du processus de la production du handicap** (PPH) a été élaboré par une équipe de l'Université Laval, à Québec, dirigée par l'anthropologue Patrick Fougeyrollas. Le modèle québécois, qui a grandement contribué à l'examen et à l'amélioration éventuelle de la CIDIH, rejette l'explication de cause à effet linéaire de l'incapacité. Plutôt, il présente l'incapacité comme l'interaction entre trois types de facteurs : les facteurs personnels (âge, sexe et identité culturelle), les facteurs environnementaux (le contexte social dans lequel la personne vit) et les habitudes de vie (les activités quotidiennes de la personne).

Pour bien comprendre la notion de *handicap*, il faut savoir qu'elle réfère à l'interaction entre les *facteurs personnels* et les *facteurs environnementaux*. Ainsi, le modèle du PPH est novateur par sa pleine reconnaissance des facteurs environnementaux comme composante intégrée au processus de handicap. Outre la pleine reconnaissance de la perspective écologique et systémique de l'interaction personne/environnement, l'approche québécoise du PPH est distincte par la clarification de la segmentation entre les facteurs personnels (intrinsèques) et les facteurs situationnels (extrinsèques). Lorsque **les stratégies adaptations** requises sont mise en oeuvre (*facilitateurs*), la personne est en situation de **participation sociale**. À l'inverse, lorsque **des obstacles** empêchent ou limitent la réalisation de **ses activités courantes**, cette même personne se trouve en **situation de handicap**. L'atout majeur de **la classification québécoise** réside dans le choix d'un processus dynamique et équilibré dans lequel les dimensions personnelles sont prises en considération au même titre que les variables environnementales pour expliquer la qualité de la participation sociale.

Au printemps 2007, la loi définit la **« personne handicapée »** comme suit :

> *« Toute personne ayant une déficience entraînant une incapacité significative et persistante et qui est sujette à rencontrer des obstacles dans l'accomplissement d'activités* ***courantes***[xxxvii] **»** est considérée comme une personne handicapée.

Le PPH met l'accent non plus sur une déficience permanente qui fait partie du système organique d'une personne, mais bien sur d'autres facteurs évolutifs qui ont un impact sur la participation de cette personne à la société. Selon la perspective du modèle québécois, l'incapacité dépend du contexte, de l'environnement dans lequel une personne

[xxxvi] Statistique Canada.

[xxxvii] Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées en vue de leur intégration scolaire, professionnelle et sociale, article 1 (L.R.Q., c. E-20.1).

vit et exerce ses activités quotidiennes. Si ce contexte est adapté à la personne, l'incapacité peut se modifier, voire disparaître.

Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) (OMS 2001) propose un modèle compliqué, mal fondé, non pédagogique et qui ne permet pas de distinguer clairement les relations de l'environnement avec ses concepts principaux. Le modèle québécois du PPH est donc un outil dont l'application apporte des changements de perspectives majeurs pour répondre aux défis et enjeux de l'organisation de services adéquats et efficients aux personnes présentant des déficiences et incapacités significatives et persistantes et vivant ou susceptibles de vivre des situations de handicaps.

Le PPH permet de façon équilibrée, pédagogique et pratique d'identifier les variables personnelles (systèmes organiques, aptitudes, identité socioculturelle), les variables environnementales sociales et physiques et les variables situationnelles selon les dimensions de la participation sociale.

« Une habitude de vie est une activité courante ou un rôle social valorisé par la personne ou son contexte socioculturel selon ses caractéristiques (l'âge, le sexe, l'identité socioculturelle, etc.). Elle assure la survie et l'épanouissement d'une personne dans sa société tout au long de son existence » (RIPPH 1998).

LE PPH

Le modèle du PPH présente les *facteurs de risque* susceptibles de provoquer une atteinte à l'intégrité ou au développement de la personne. Le modèle introduit à la fois les *aspects négatifs* (déficiences, incapacités, obstacles) et les *aspects positifs* (intégrité, capacités, facilitateurs) à l'intérieur des *facteurs personnels et environnementaux*. Les *facteurs de risque* regroupent des éléments associés à l'individu ou à l'environnement qui sont susceptible de provoquer une maladie, un traumatisme ou tout autre atteinte à l'intégrité de la personne (Fougerollas et collab., 1998).

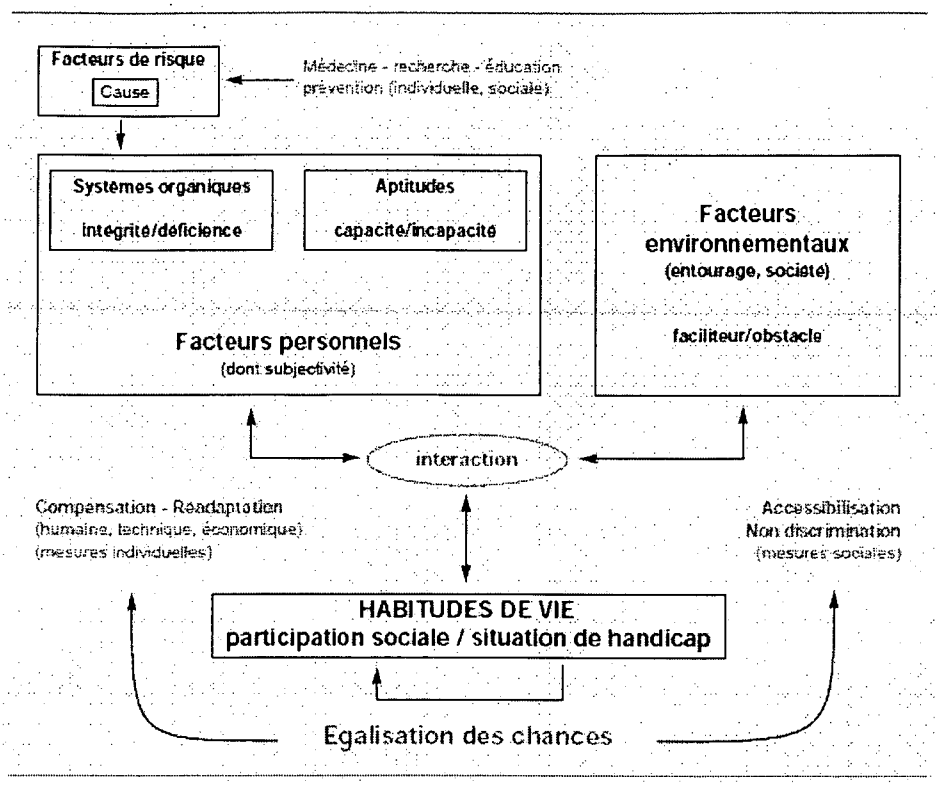


Figure 10 Conception actuelle des situations de handicap - Représentation des interventions visant à favoriser la participation sociale (M. Delcey, appui sur le PPH québécois).

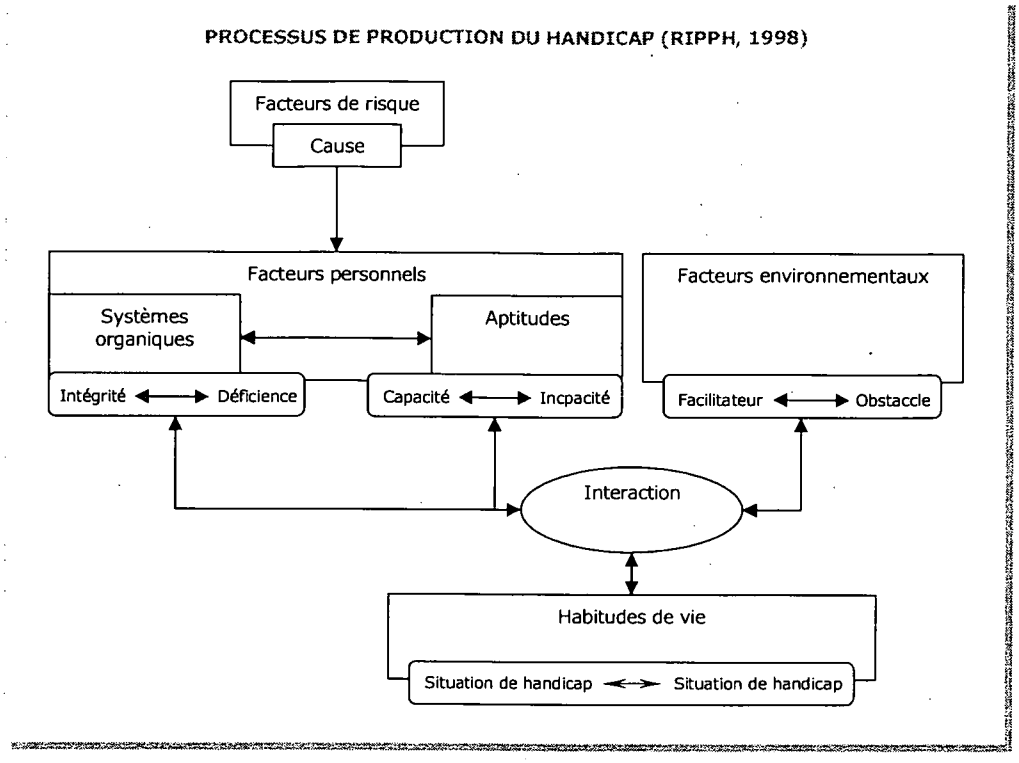


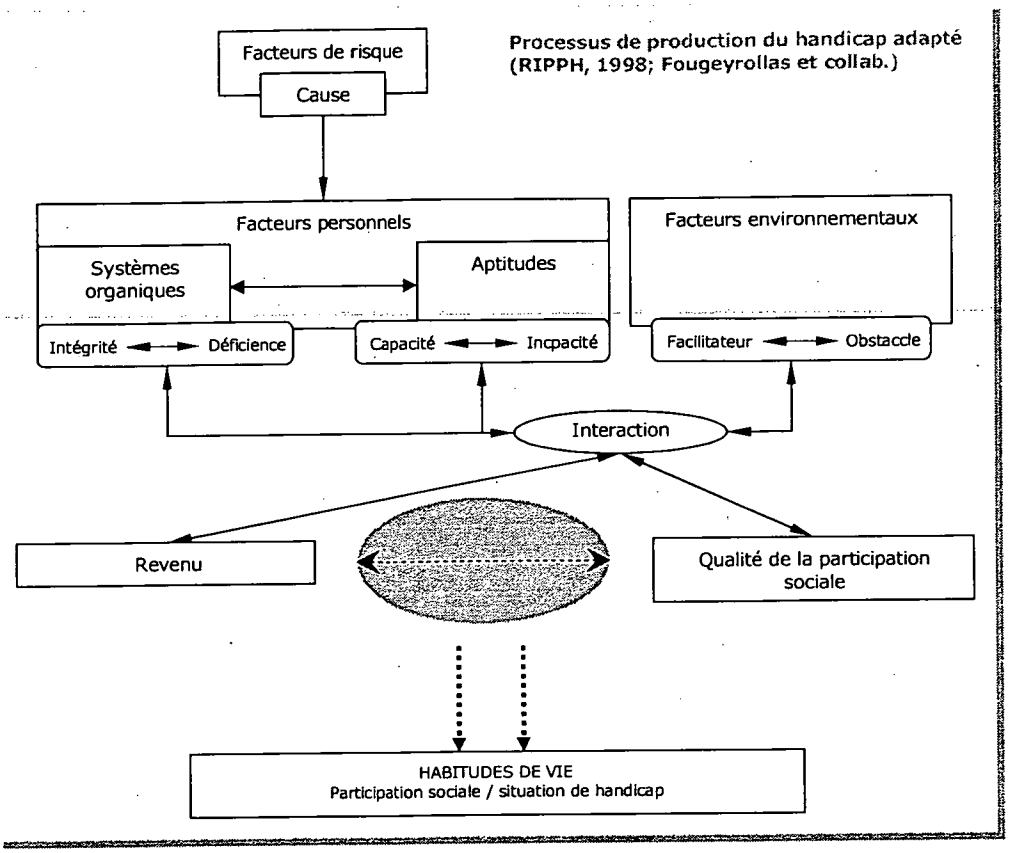
Figure 11 d'après la révision de la proposition québécoise de la classification : processus de production du handicap, CQCIDIH-SCCIDIH, 1996).

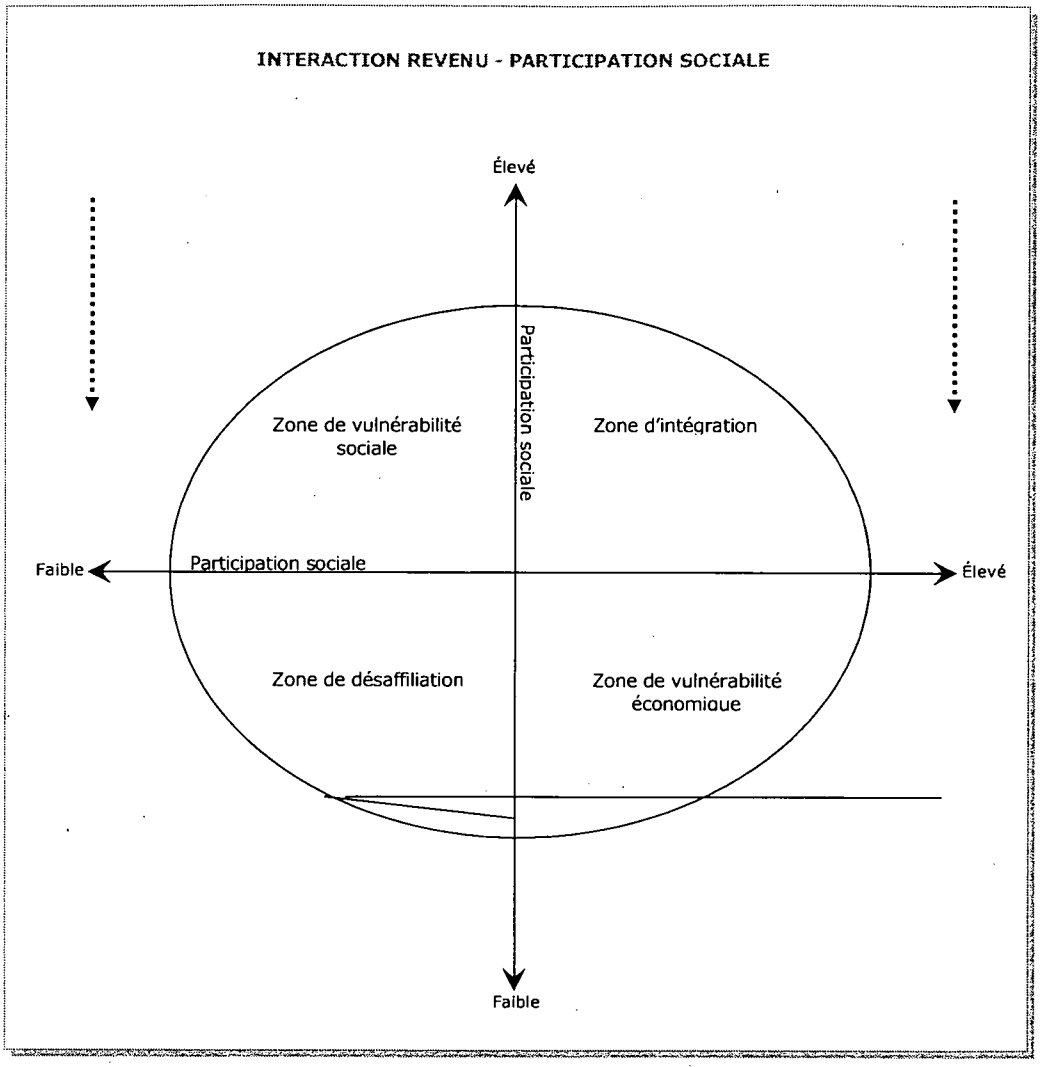
DU PPH ET DE LA PAUVRETE

En 2005, dans l'étude « ***LES PERSONNES AYANT DES INCAPACITÉS : ENCORE PLUS PAUVRES ET À PART...QU'ÉGALES : LES FACTEURS PERSONNELS ET ENVIRONNEMENTAUX ASSOCIÉS À L'APPAUVRISSEMENT DES PERSONNES AYANT DES INCAPACITÉS ET DE LEUR FAMILLE***[196] », utilise un cadre conceptuel qui est issu de la combinaison de deux modèles conceptuels. Le modèle du *Processus de production du handicap* (PPH) de Fougeyrollas et collab. (1998), développé et validé au Québec dans le cadre des travaux de révision de la *Classification internationale des déficiences, incapacités et handicaps réalisés par l'Organisation mondiale de la santé* (WHO, 1980).

Dans le cadre de cette étude, un modèle adapté du PPH est élaboré en y intégrant une deuxième variable dépendante issue du processus de paupérisation[xxxviii], soit celle du revenu, issue d'un modèle conceptuel spécifiquement relié à l'étude de la pauvreté selon les processus d'intégration et d'exclusion sociale des personnes. *Le modèle de Castel* (1991) explique le processus de *paupérisation par la désaffiliation* qui est la résultante d'un double processus dynamique : 1° de l'intégration à l'exclusion du travail, 2° de l'insertion à l'isolement « *socio-relationnel* ». Conséquemment, le modèle conceptuel du *Processus de production du handicap adapté* (PPHA) a été retenu pour visualiser les deux variables dépendantes à l'étude, le revenu et la participation sociale, ainsi que leur interaction illustrée selon *le modèle adapté de Castel*.

[xxxviii] Appauvrissement progressif et continu d'une population, d'une classe sociale, d'un groupe humain.


Facteurs de risque
Cause
Processus de production du handicap adapté
(RIPPH, 1998; Fougeyrollas et collab.)
Facteurs personnels
Systèmes organiques
Aptitudes
Facteurs environnementaux
Intégrité
Déficience
Capacité
Incpacité
Facilitateur
Obstacle
Interaction
Revenu
Qualité de la participation sociale
HABITUDES DE VIE
Participation sociale / situation de handicap



DU MODELE SOCIAL ET DES DROITS DE LA PERSONNE

Il existe de nombreuses variations du **modèle social**, mais elles décrivent toute incapacité comme une fabrication sociale créée par des environnements entièrement axés sur la capacité. Le **modèle social** rejette la causalité linéaire. Selon ce modèle, même si la déficience a une réalité objective associée à l'organisme ou à l'esprit, l'incapacité est davantage attribuable au fait que la société ne tient pas compte des besoins des personnes handicapées.

Le modèle des droits de la personne est un sous-groupe distinct du **modèle social** qui décrit l'incapacité comme une fabrication sociale. Le **modèle des droits de la personne** se distingue du **modèle social** en ce qu'il met d'abord l'accent sur la dignité inhérente de la personne en tant qu'être humain (et ensuite, mais pas toujours, sur les incapacités physiques ou mentales de la personne).

DE L'EXERCICE DES DROITS DES PERSONNES HANDICAPÉES

Selon l'esprit et la lettre de la loi, les personnes handicapées sont considérées « au même titre que tous les citoyens. » (Article 1.1)

En 1978, le gouvernement du Québec adopte *la Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées*, instituant *l'Office des personnes handicapées du Québec* (OPHQ). Le 13 décembre 2002, le gouvernement du Québec annonce qu'il révise *la Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées*.

Historique

- Projet de loi en 1997 : mis en veilleuse ;
- Avant projet de loi en 2000 : tabletté ;
- Livre blanc en 2001 : tabletté ;
- Tournée d'écoute en 2002 (boycottée par le mouvement associatif).
- Cette loi a été modifiée substantiellement en décembre 2004 et a reçu une nouvelle désignation : *Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées en vue de leur intégration scolaire, professionnelle et sociale*[xxxvii].

L'OBJETS DE LA LOI[XXXVII]

« La présente loi vise à assurer *l'exercice des droits des personnes ayant des limitations fonctionnelles* et à favoriser leur inclusion pleine et entière à la société au même titre que tous les citoyens en prévoyant diverses mesures visant les personnes ayant des limitations fonctionnelles et leurs familles, leur milieu de vie ainsi que le développement et l'organisation de ressources à leur égard. À cette fin, la *Loi assurant l'exercice des droits des personnes ayant des limitations fonctionnelles* et modifiant d'autres dispositions législatives est une loi « cadre » qui :

La personne handicapée, un citoyen comme les autres.

« **À PART...ÉGALE**[195] » est proposée à tous comme un manifeste issu de l'urgence de la situation des Québécoises et Québécois handicapés et un instrument collectif que chacun doit s'approprier pour façonner de nouvelles règles du jeu, sans discrimination ni privilège !

« **À PART...ÉGALE** » demeure à la base des interventions nécessaires pour assurer aux personnes handicapées les conditions l'exercice de leurs droits, sans discrimination ni privilège.

L'enjeu de « **À PART...ÉGALE** », c'est autre chose que de l'argent neuf !

« **À PART...ÉGALE** » marque une étape décisive dans la démarche du gouvernement du Québec.

- Sous la responsabilité politique du Premier ministre du Québec, met en œuvre une véritable stratégie gouvernementale, à l'égard des personnes ayant des limitations fonctionnelles, de leur famille et de leurs proches, basée, entre autres, sur les principes suivants : l'inclusion pleine et entière, la participation sociale, le droit à l'égalité, le droit à l'accommodement et à son application ainsi que la reconnaissance et la pleine compensation des coûts liés aux incapacités.

- S'assure, d'une part, de l'actualisation des 15 orientations de la Politique d'ensemble « **À part...égale**[195] », adoptés par le Gouvernement du Québec, en 1985, comme objectifs fondamentaux de l'action gouvernementale envers les personnes ayant des limitations fonctionnelles, les 15 orientations étant:

  - ENVERS LES PERSONNES HANDICAPÉES
    - Le respect de la différence ;

- L'autonomie : libre choix et responsabilité ;
- La participation des personnes handicapées aux décisions individuelles et collectives ;
- Une qualité de vie décente pour les personnes handicapées ;
- La reconnaissance d'une approche qui considère la personne handicapée dans son ensemble ;
- Le plus grand développement des capacités des personnes handicapées ;
- La participation à part entière des personnes handicapées à la vie sociale ;

❖ ENVERS LE MILIEU

- La protection maximale contre les facteurs de risque d'apparition de déficiences physiques et mentales ;
- L'adaptation du milieu aux besoins des personnes handicapées, sans discrimination ni privilège ;

❖ ENVERS LE DÉVELOPPEMENT ET L'ORGANISATION DES RESSOURCES

- La priorité aux ressources et services assurant le maintien ou le retour des personnes handicapées dans leur milieu de vie naturel ;
- L'autosuffisance régionale des ressources selon le besoin des personnes handicapées ;
- L'articulation effective des ressources locales, régionales et nationales selon les nécessités ;
- La coordination continue pour la gestion et la complémentarité des ressources ;
- La permanence et l'intégration maximale des services ;
- La participation active des personnes handicapées à la gestion des services ;

- Et introduit, d'autre part, une clause d'impact, spécifiant que toute politique, toute loi ou tout règlement adoptés par le gouvernement et par toute instance, régionale, municipale et locale ainsi que tout service public offert, tout programme, tout guide et toute directive appliqués par le gouvernement et ces mêmes instances, doivent être examinés à la lumière de leur effet sur l'inclusion pleine et entière et le droit à l'égalité des personnes ayant des limitations fonctionnelles et sur les écarts. Cette clause doit permettre de contrer toute forme d'exclusion systémique et faire en sorte que les décisions de l'État ne puissent aller à l'encontre des fins poursuivies par la loi.

L'OBLIGATION D'ACCOMMODEMENT

« Toute personne a droit à la reconnaissance et à l'exercice, en pleine égalité, des droits et libertés de la personne, sans distinction, exclusion ou préférence fondée sur la race, la couleur, le sexe, la grossesse, l'orientation sexuelle, l'état civil, l'âge sauf dans la mesure prévue par la loi, la religion, les

convictions politiques, la langue, l'origine ethnique ou nationale, la condition sociale, le handicap ou l'utilisation d'un moyen pour pallier ce handicap[xxxix] ».

La Charte des droits et libertés de la personne, loi ayant un caractère prépondérant sur les lois québécoise[xl], reconnaissent le droit é l'égalité, sans discrimination fondée sur le handicap ou l'utilisation d'un moyen pour pallier ce handicap[xli]. Le concept d'accommodement raisonnable sans contrainte excessive fait partie intégrante du droit à l'égalité. Or, ce concept a pour effet d'obliger tout employeur ou tout fournisseur de service assujetti aux obligations découlant de la Charte à prévoir, dans ses normes d'embauche ou de prestation de service, qu'un accommodement ne constitue une contrainte excessive.

La Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse (CDPDJ) propose la définition suivante de l'obligation d'accommodement :

« *[...] l'obligation de prendre des mesures en faveur de certaines personnes présentant des besoins spécifiques en raison d'une caractéristique liée à l'un ou l'autre des motifs de discrimination prohibés par la Charte. Ces mesures visent à ce que des règles en apparence neutres n'aient pas pour effet de compromettre, pour elles, l'exercice d'un droit en toute égalité*[197] ».

L'obligation d'accommodement s'applique ainsi pour la reconnaissance, en pleine égalité, des droits de la personne sans distinction ou exclusion fondée sur « le handicap ou l'utilisation d'un moyen pour pallier ce handicap ».

La Cour suprême du Canada définit la nature et l'étendue de l'obligation d'accommodement :

- L'obligation d'accommoder n'a pas un caractère absolu. L'accommodement doit être « **raisonnable** », c'est-à-dire ne pas imposer à son débiteur une « contrainte excessive » ;
- Il n'y a pas lieu de définir de façon exhaustive ce qu'il faut entendre par « **contrainte excessive** ». Différents facteurs peuvent entrer en ligne de compte en fonction des faits de chaque cas ;
- Il faut plus que des efforts négligeables pour remplir l'obligation d'accommodement raisonnable ; celle-ci se traduit généralement par une certaine contrainte pour le débiteur.

Les réponses aux demandes d'accommodations respecteront les deux principes suivants :

- Le ministère ou l'organisme prend les mesures requises pour assurer un service de qualité aux personnes handicapées, en utilisant des moyens de communication adaptés qui permettent de répondre adéquatement aux besoins de ces personnes ;
- Le ministère ou l'organisme ne peut, en aucun cas, exiger aux personnes handicapées des frais supplémentaires associés à l'adaptation d'un document ou d'un service offert au public.

POUR ASSURER L'ACCES AUX DOCUMENTS OFFERTS AU PUBLIC

- À la demande d'une personne handicapée, le ministère ou l'organisme concerné fournit le ou les documents en formats adaptés;
- Le ministère ou l'organisme respecte le choix du format adapté demandé par la personne handicapée et honore cette préférence, dans la mesure du possible ;

[xxxix] L.R.Q., c. E-20.1, article 10.
[xl] L.R.Q., c. C-12, article 52.
[xli] *Idem*, article 10.

- Dans l'éventualité où le choix de la personne handicapée ne peut être satisfait, le ministère ou l'organisme s'efforce de lui fournir le document demandé dans un format qui lui est accessible et qu'elle peut utiliser. Dans ce cas, le ministère ou l'organisme public communique avec la personne handicapée afin de convenir d'une solution.

POUR ASSURER L'ACCES AUX SERVICES OFFERTS AU PUBLIC

- À la demande d'une personne handicapée, le ministère ou l'organisme lui offre un service d'assistance pour lui permettre d'accomplir les démarches administratives nécessaires à la prestation d'un service offert;

- Le ministère ou l'organisme s'assure que les locaux où sont offerts ses services sont physiquement accessibles aux personnes handicapées. Lorsqu'il n'est pas raisonnablement possible d'assurer l'accessibilité de ses locaux, le ministère ou l'organisme prévoit des moyens alternatifs pour permettre aux personnes handicapées, dans le respect de leur dignité, d'avoir accès à ses services ;

- Le ministère ou l'organisme qui offre des services directement à la population ou qui est le principal responsable d'une activité s'assure de l'assistance d'interprètes.

POUR UNE BONNE COMMUNICATION DONNANT ACCES A UNE INFORMATION OU A UN SERVICE

Lorsqu'une personne handicapée le requiert, le ministère ou l'organisme voit à lui offrir un moyen de communication adapté adéquat.

RECOURIR AUX MOYENS DE COMMUNICATION ADAPTES DANS LE BUT DE COMMUNIQUER AISEMENT ET EFFICACEMENT AVEC LES PERSONNES HANDICAPEES

- Former les employés qui communiquent avec le public au téléphone à l'utilisation de méthodes efficaces, facilitant la conversation avec les personnes ayant des difficultés à communiquer ou à comprendre les subtilités du message, et les informer des caractéristiques et des besoins liés aux incapacités de ces personnes ;

- S'assurer que le personnel en contact avec le public, y compris lors de la tenue d'événements publics, connaît et sait utiliser les différents moyens de communication adaptés disponibles et la procédure à suivre pour les obtenir, le cas échéant ;

- Accepter la présence d'une personne accompagnant une personne handicapée, lorsque c'est nécessaire pour obtenir l'information ou le service requis.

- Profiter des avancées technologiques pour faciliter et enrichir la communication avec les personnes handicapées.

DÉFINITIONS QUÉBECOISE DU HANDICAP

Extraits du Guide d'accessibilité et d'adaptation des services gouvernementaux : *Les services de l'État, c'est aussi pour les personnes handicapées*[198], pages 5 à 8.

Pour rendre compte de la réalité des personnes ayant des incapacités, dont font partie les personnes handicapées, il est nécessaire de comprendre et de distinguer différentes notions. Il faut souligner que le vocabulaire relatif à la

notion de personne handicapée a considérablement évolué au cours des dernières décennies et qu'il est pertinent de se référer à des écrits récents en cette matière.

Au Québec, *les définitions* contenues dans la politique d'ensemble **« À part... égale »**[199] font l'objet, depuis 1984, d'un large consensus. Ces *définitions* se sont précisées au cours des dernières années. En effet, d'importants travaux, sous l'égide de *l'Organisation mondiale de la santé*, ont mené à l'élaboration d'une *classification internationale des déficiences*, incapacités et handicaps.

Le Québec a joué un rôle important dans les discussions internationales entourant cette classification. Un modèle conceptuel québécois et une classification correspondante sont d'ailleurs issus de ces travaux. Ce modèle constitue le *cadre de référence* le plus intéressant à notre disposition pour décrire la population ayant des incapacités. Les principaux concepts s'y rattachant sont : *la déficience, l'incapacité, les facteurs environnementaux, la réalisation des habitudes de vie*, de même que les concepts de *participation sociale* et de *situation de handicap*. Ce sont ces concepts que *l'Office des personnes handicapées du Québec* et plusieurs de ses partenaires reconnaissent et dont ils font la promotion pour favoriser une compréhension commune de ce qui constitue un *processus de production du handicap*[200].

Les concepts de *déficience* et *d'incapacité* réfèrent à des réalités propres au corps et à l'esprit d'un individu. Il s'agit de *facteurs personnels*. *Une déficience* se définit essentiellement par l'atteinte à l'intégrité d'un système organique et une **incapacité** réfère à la **réduction d'une aptitude**, c'est-à-dire la possibilité pour une personne d'accomplir une activité physique ou mentale.

Le concept *d'habitudes de vie* correspond à la réalisation d'activités courantes ou de rôles sociaux. La pleine réalisation de ces habitudes de vie correspond à une situation de participation sociale alors que l'impossibilité de les réaliser pleinement constitue plutôt *une situation de handicap*.

Les éléments de l'environnement (*facteurs environnementaux*) peuvent agir comme *obstacles* ou *facilitateurs* de la réalisation d'une *habitude de vie*. Les *facteurs environnementaux* comprennent des dimensions sociales (organisation sociale, valeurs, etc.) et des dimensions physiques (accessibilité architecturale, signalisation, etc.). Dans ce cadre, c'est *l'interaction* entre *les facteurs personnels* (déficience et incapacité) et *les facteurs environnementaux* qui facilite ou empêche la réalisation d'une *habitude de vie* et qui occasionne ou non une *situation de handicap*.

En d'autres mots, *la situation de handicap* ne réfère pas uniquement aux facteurs personnels de l'individu, mais principalement à la réponse du milieu à ses besoins et aspirations, compte tenu de ses caractéristiques personnelles.

Dans ce contexte, il est possible de réduire ou d'éliminer les situations de handicap malgré la permanence de la déficience ou des incapacités d'une personne : il s'agit d'intervenir sur les facteurs environnementaux, de manière à faciliter la réalisation des habitudes de vie. L'organisation des services gouvernementaux et la façon de rendre les services constituent des facteurs environnementaux.

En conséquence, il est possible pour les ministères et les organismes gouvernementaux de réduire ou même d'éviter *des situations de handicap* aux personnes ayant *des incapacités*, notamment en améliorant l'accessibilité des lieux, en recourant à des moyens spéciaux de communication, en adoptant des attitudes appropriées, de manière à prendre en compte les situations particulières de ces personnes.

Quant à la notion de *personne handicapée* au sens de la *Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées en vue de leur intégration scolaire, professionnelle et sociale*, elle correspond à *« toute personne ayant une déficience entraînant une incapacité significative et persistante et qui est sujette à rencontrer des obstacles dans l'accomplissement d'activités courantes*[201] *»*.

Ainsi, une personne *handicapée* présente nécessairement *une incapacité* et se trouve incluse dans la population plus large des personnes ayant des incapacités. En contrepartie, une personne ayant *des incapacités* qui n'est pas limitée dans l'accomplissement d'activités normales n'est pas considérée comme *handicapée*.

Toutes les personnes ayant des incapacités sont susceptibles de subir *des contraintes* à différents niveaux et de se voir confrontées éventuellement à *des situations de handicap*. Il peut s'agir par exemple de difficultés d'intégration sociale ou de besoins particuliers (besoins de santé, de réadaptation ou de soutien à domicile). Ces personnes constituent ainsi la population de référence qui peut avoir besoin de certaines adaptations pour réduire ou éviter *les situations de handicap* les empêchant d'exercer pleinement leur citoyenneté.

OBLIGATION D'ACCOMODATION

Le droit à l'égalité est affirmé dans la *Charte des droits et libertés de la personne du Québec*. « *Toute personne a droit à la reconnaissance et à l'exercice, en pleine égalité, des droits et libertés de la personne, sans distinction, exclusion ou préférence fondée sur la race, la couleur, le sexe, la grossesse, l'orientation sexuelle, l'état civil, l'âge sauf dans la mesure prévue par la loi, la religion, les convictions politiques, la langue, l'origine ethnique ou nationale, la condition sociale, le handicap ou l'utilisation d'un moyen pour pallier ce handicap* » (article 10).

L'obligation d'accommodement est une conséquence naturelle du droit à l'égalité. Elle découle de l'idée suivant laquelle identité de traitement n'équivaut pas nécessairement à égalité de traitement. Autrement dit, le droit à l'égalité pour une personne qui se trouve dans une situation différente de la majorité peut exiger le recours à des mesures dites d'accommodement.

L'obligation d'accommodement s'applique ainsi pour la reconnaissance, en pleine égalité, des droits de la personne sans distinction ou exclusion fondée sur « le handicap ou l'utilisation d'un moyen pour pallier ce handicap ».

DE LA JURISPRUDENCE

22. « La discrimination fondé sur le handicap peut découler autant de perceptions, de mythes ou de stéréotypes que de l'existence de limitations fonctionnelles réelles. Ils ne faut pas enferme la notion de handicap dans une définition étanche et dépourvue de souplesse : plutôt que sur la seule condition biomédicale, il faut mettre l'accent sur la dignité humaine, le respect de la personne et le droit à l'égalité. Les tribunaux doivent tenir compte des circonstances dans lesquelles une distinction est faite, le handicap pouvant résulter d'une limitation physique, d'une affection, d'une construction sociale, d'une perception sociale ou d'une combinaison de tous ces facteurs. L'État de santé peut constituer un handicap et une distinction fondée sur la possibilité réelle ou perçue que l'individu puisse développer un handicap est prohibée. L'accent doit être mis sur les obstacles à la pleine participation dans la société plutôt que sur la condition ou l'état de l'individu[xlii]. » ;

23. « la durée n'est pas un élément essentiel du handicap. Ainsi, un syndrome « ***ANXIO-DÉPRESSIF*** » temporaire peut être un handicap. Un retour progressif au travail, étalé durant une certaine période, peut être dans un tel cas une mesure d'accommodement requise[xliii]. » ;

24. Notons que « la dépendance aux drogues ou à l'alcool est un handicap[xliv]. » ;

[xlii] Québec (Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse) c. Montréal (ville), (2000) 1 R.C.S. 665; 2000 CSC 27.
[xliii] Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse c. Société de portefeuille du groupe Desjardins (Assurance générales des Caisses Desjardins Inc.), (1997) R.J.Q. 2049 (T.D.P.).
[xliv] Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse c. Doucet, (1999) R. J. Q. 2151; J.E. 99-1540; REJB 1999-14100 (T.D.P.).

25. Notons qu' « une anomalie, une déficience physique ou psychique, réelle ou perçu comme telle, suffit pour jouir de la protection de l'article 10 de la ***CHARTE DES DROITS ET LIBERTÉS DE LA PERSONNE***[xiv]. [...] ». Notons que la charte est une loi d'ordre public ;

26. l'expression « ***MOYEN POUR PALLIER CE HANDICAP*** » doit être interpréter de façon large et libérale afin d'y inclure l'équipement, tel qu'un fauteuil roulant, mais aussi toute formes de mesures raisonnables pour qu'une personne handicapée puisse exercer ses droits[xlvi]. » ;

27. « Le choix du moyen pour palier le handicap appartient à la personne handicapée et à personne d'autre[xlvii]. [...] » ;

28. « celui dont l'acte ou la pratique est à première vue discriminatoire doit pouvoir se justifier en prouvant, selon la prépondérance des probabilités, que son acte ou sa pratique est raisonnablement nécessaire parce que l'accommodement constituerait en l'occurrence une contrainte excessive. En matière de handicap, cette obligation implique une évaluation des capacités individuelles de chaque personne[xlviii]. [...] » ;

LES RECOURS

Toute personne handicapée peut porter plainte auprès du mécanisme de traitement des plaintes du ministère ou de l'organisme concerné. Elle peut également s'adresser au *Protecteur du citoyen* ou à *la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse*, même si elle n'a pas eu recours au mécanisme de traitement des plaintes.

L'Office des personnes handicapées du Québec est responsable du suivi et de la révision de la politique, en collaboration avec le ministère des Services gouvernementaux[xlix]. L'OPHQ joue un rôle-conseil et un rôle de coordination à cet égard auprès des ministères et des organismes visés.

LA PORTÉE DE LA PRÉSENTE POLITIQUE AU REGARD DE LA LOI SUR L'ACCÉS AUX DOCUMENTS DES ORGANISMES PUBLICS ET SUR LA PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Selon *la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels*[i], désignée ci-après Loi sur l'accès, il faut souligner que les articles 10 et 84 de la Loi sur l'accès[ii] prévoient la disposition suivante :

> *« Lorsque le requérant est une personne handicapée, des mesures d'accommodement raisonnables doivent être prises, sur demande, pour lui permettre d'exercer le droit d'accès prévu par la présente section. À cette fin, l'organisme public tient compte de la politique établie en vertu de l'article 26.5 de la Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées en vue de leur intégration scolaire, professionnelle et sociale ».*

[xiv] Québec (Gouvernement du) et Syndicat de professionnelles du gouvernement du Québec, D.T.E. 98T-890 (T.A.). Voir également : centre hospitalier de l'Université de Montréal (Pavillon HÔTEL-DIEU) et Syndicat des infirmières et infirmiers de l'HÔTEL-DIEU (F.I.I.Q.), (1999) R.J.D.T. 1494; D.T.E. 99T-624 (T.A.), au sujet des problèmes d'anxiété chronique.
[xlvi] Québec (Comm. des droits de la personne) c. Restaurant Scampinata Inc., (1996) 23 C.H.R.R.D/392 (T.D.P.Q.).
[xlvii] Commission des droits de la personne c. 2858029 Canada Inc. J. E. 95-2224 (T.D.P.).
[xlviii] Commission des droits de la personne du Québec c. Corp. du Collège Notre-Dame du Sacré-Cœur, (2002) R.J.Q. 5; J.E. 2002-46; REJB 2001-27390 (C.A.).
[xlix] Rappelons que la Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées en vue de leur intégration scolaire, professionnelle et sociale prévoit que : « *Le ministre doit, au plus tard le 17 décembre 2009 et par la suite tous les cinq ans, veiller à ce que la mise en oeuvre de la présente loi fasse l'objet d'un rapport indépendant* » (article 74.2). La présente politique fera donc l'objet d'un bilan et pourra être révisée selon les besoins.
[i] L.R.Q., c. A-2.1.
[ii] Tels que modifiés par la Loi modifiant la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels et d'autres dispositions législatives (L.Q. 2006, c. 22).

MISE A JOUR DE LA LOI ET RESPONSABILITE DU MESS

En décembre 2004, par la mise à jour de *la Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées en vue de leur intégration scolaire, professionnelle et sociale*, le gouvernement a voulu donner une impulsion nouvelle à l'action gouvernementale favorisant l'intégration des personnes handicapées à la société québécoise.

De nouvelles dispositions ont été introduites afin notamment d'améliorer le niveau d'emploi des personnes handicapées. L'une de ces dispositions confère à *la ministre de l'Emploi et de la Solidarité sociale* la responsabilité d'élaborer et de mettre en œuvre une stratégie favorisant l'intégration et le maintien en emploi des personnes handicapées.

La stratégie nationale pour l'intégration et le maintien en emploi des personnes handicapées vise les personnes qui ont *une déficience* entraînant *une incapacité significative et persistante* et qui sont sujettes à rencontrer des *obstacles* dans *l'accomplissement d'activités courantes*, conformément à l'article 1g de *la Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées* en vue de leur intégration scolaire, professionnelle et sociale. Cette stratégie pourrait également être profitable aux personnes qui ne répondent pas tout à fait à cette définition, mais qui, dans le cadre précis de l'exercice d'un emploi, se retrouvent en **« situation de handicap »**.

CONCLUSION

Le Québec et les travaux reliés au processus de handicap ont rayonné de façon remarquable sur le plan international s'inscrivant dans le courant innovateur d'exercice des droits de la personne et de lutte pour l'égalisation des chances des personnes présentant des différences fonctionnelles. Le caractère francophone des travaux a facilité les alliances avec l'Europe francophone et en particulier, la France. À titre d'exemple, le P.P.H. est adopté comme modèle de référence par l'Association française des ergothérapeutes depuis 2000 et des réseaux de collaboration sont actifs en France, Belgique et Suisse (Riedmatten R. et collab., 2001).

Un autre atout du P.P.H. est étroitement lié à la connexion de son équipe de conception et de soutien (CQCIDIH/RIPPH) avec le mouvement de promotion des droits des personnes handicapées. Issu de militants québécois comme Mario Bolduc et lié à l'historique de l'OPHQ et de changement social de **« À part...égale »**, ceci a permis d'assurer une liaison dynamique avec les tenants du modèle sociopolitique du handicap.

Il semble que les engagements des ministères et des organismes sont concrets, pragmatiques. Ils sont par ailleurs fondés sur des valeurs qui doivent marquer l'offre de services publics au quotidien : la courtoisie, le respect, la célérité, l'assistance, l'impartialité, l'équité, la confidentialité.

Ces qualités sont importantes pour tous les citoyens, quelle que soit leur condition. Elles prennent toutefois tout leur sens pour des personnes handicapées qui rencontrent encore trop souvent *des obstacles*. Pour cette raison, les ministères et les organismes apporteront un soin particulier à servir nos concitoyennes et concitoyens qui ont des besoins particuliers. C'est là une condition à respecter pour que le Québec puisse profiter de la participation et de la contribution de tous ses citoyennes et citoyens.

Finalement, dans de nombreux domaines, le Québec applique actuellement **la Classification québécoise PPH**, et la stratégie d'expérimentation dans les champs de la réadaptation et de l'intégration sociale et de publication patiente dans les revues scientifiques permet d'ébranler peu à peu les apparentes impossibilités des **« barrages idéologiques et institutionnels »** du reste des provinces du Canada.

Un réseau de services intégrés

Chapitre basé sur « *rapport sur les services en santé mentale (adulte) : des partenaires... un réseau* » par le comité régionale de soutien à la transformation et à la consolidation des services en santé mentale – services aux adultes, présenté à la direction générale de la régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec, 2002.

la loi sur les services de santé et les services sociaux prévoit : article 4 - « *toute personne a le droit d'être informée de l'existence des services et des ressources disponibles dans son milieu en matière de santé et de services sociaux ainsi que des modalités d'accès à ces services et à ces ressources* » ; article 5 - « *toute personne a le droit de recevoir des services de santé et des services sociaux adéquats sur les plans à la fois scientifique, humain et social, avec continuité et de façon personnalisée* » ; article 6 - « *toute personne a le droit de choisir le professionnel ou l'établissement duquel elle désire recevoir des services de santé ou des services sociaux. dans la présente loi ne limite la liberté qu'a un professionnel d'accepter ou non de traiter une personne* » ; et l'article 105 - « *l'établissement détermine les services de santé et les services sociaux qu'il dispense de même que les diverses activités qu'il organise, en tenant compte de la mission de tout centre qu'il exploite et des ressources disponibles et conformément aux plans régionaux d'organisation de services élaborés par la régie régionale* ».

La personne ayant un problème de santé mentale est aussi parfois un usager du réseau des services de santé et des services sociaux et, à ce titre, elle a des droits et des obligations qui sont clairement encadrées par les lois compétentes. Si la première ligne est la porte d'entrée du système de soins, lieu des soins médicaux généraux, la deuxième ligne est le lieu privilégié des soins spécialisés, travaillant à l'interface avec la première ligne tant pour le dépistage des troubles mentaux complexes qui la concernent et pour l'accessibilité à ses services, que pour le maintien, le soutien et le retour à la première ligne.

Les services de **santé mentale** doivent être structurés de manière à s'intégrer le plus possible aux services généraux de santé et aux services psychosociaux. La définition d'un réseau de services intégrés en **santé mentale** : « *une offre de services et de soutien, de traitement et de réadaptation variée et continue, majoritairement accessible dans la communauté (c'est-à-dire dans les milieux de vie) et sur la base d'un territoire local, par un ensemble d'organisations qui coordonnent leurs actions tant du point de vue fonctionnel que clinique et imputables de répondre aux différents besoins des personnes aux prises avec des problèmes majeurs de santé mentale ainsi qu'à ceux de leur famille et de leurs proches* ».

Ce réseau de services intégrés, trouverais ses assises dans un **modèle théorique québécois** : le **processus de production du handicap (PPH)**. Le **processus de production du handicap**, comme **modèle explicatif** des causes et des conséquences des maladies, traumatismes et autres atteintes à 'intégrité et au développement de la personne, propose une lecture de la réalité des personnes présentant un problème de santé.

Le mérite de cette lecture est de s'appuyer sur un modèle du développement humain applicable à tous. Cette orientation théorique apporte donc un éclairage pédagogique utile, axé sur l'ouverture et la pleine participation sociale des personnes, et rejoint ainsi le principe d'appropriation du pouvoir d'agir.

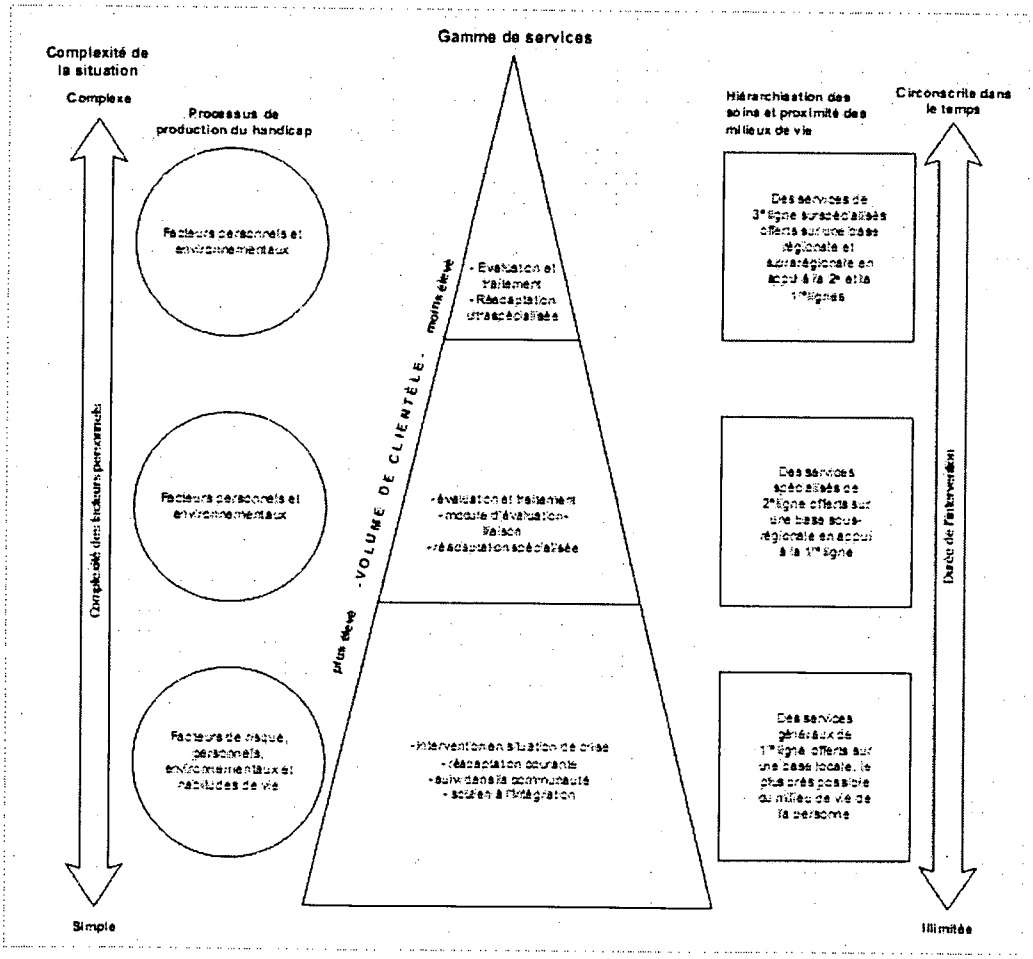
Enfin, le modèle du **PPH** peut être transposé à une organisation de services intégrés basés sur le principe de la hiérarchisation des soins. Le **modèle conceptuel** est un outil pratique qui nous aide à comprendre l'ensemble du processus de développement humain et les variables influençant le *processus de production du handicap*. Le modèle du **PPH** sera introduit au Québec comme grille de lecture et d'analyse de la réalité des personnes en situation de handicap et visant une pleine **participation sociale**.

Valeurs et principes en lien avec l'organisation des services :

- l'accessibilité des services ;
- la continuité des services ;

- le partage, le développement (recherche) et la transmission (enseignement) des connaissances ;
- la responsabilisation des établissements en lien avec leur mission ;
- l'imputabilité des divers dispensateurs de soins ;
- un partenariat dans le respect de l'autonomie et de l'expertise des partenaires ;
- l'efficacité et l'efficience des soins et les services.

ORGANISATION DES SERVICES INTÉGRÉS ET PPH



L'INTERVENANT-PIVOT

Au nombre des **services de proximité**, une mesure nous semble particulièrement mobilisatrice au regard des mesures de soutien communautaire : **l'intervenant-pivot territorial**.

L'intervenant-pivot territorial a la responsabilité d'établir avec l'utilisateur des services qui le requièrent, un **plan de service individualisé (PSI)**, de négocier et de coordonner au besoin les services planifie avec les

prestateurs, de s'assurer que ces services soient rendus et qu'ils soient réajusté en fonction de l'état de l'utilisateur des services. Il est le « chef d'orchestre » du **PSI**, il a une vue d'ensemble de la situation du client, maintient constamment cette vue d'ensemble et a une bonne connaissance de chaque partition, c'est-à-dire du rôle de chaque professionnel implique auprès du client. Cette approche est donc très près des modèles de « **case management** » ou de suivi systématique de la clientèle

Compte tenu du caractère diversifié des organisations, des interventions et des professionnels en présence, l'intervenant-pivot doit croire fondamentalement au travail interdisciplinaire. Il doit connaitre et respecter la spécificité de chacun des professionnels impliqués.

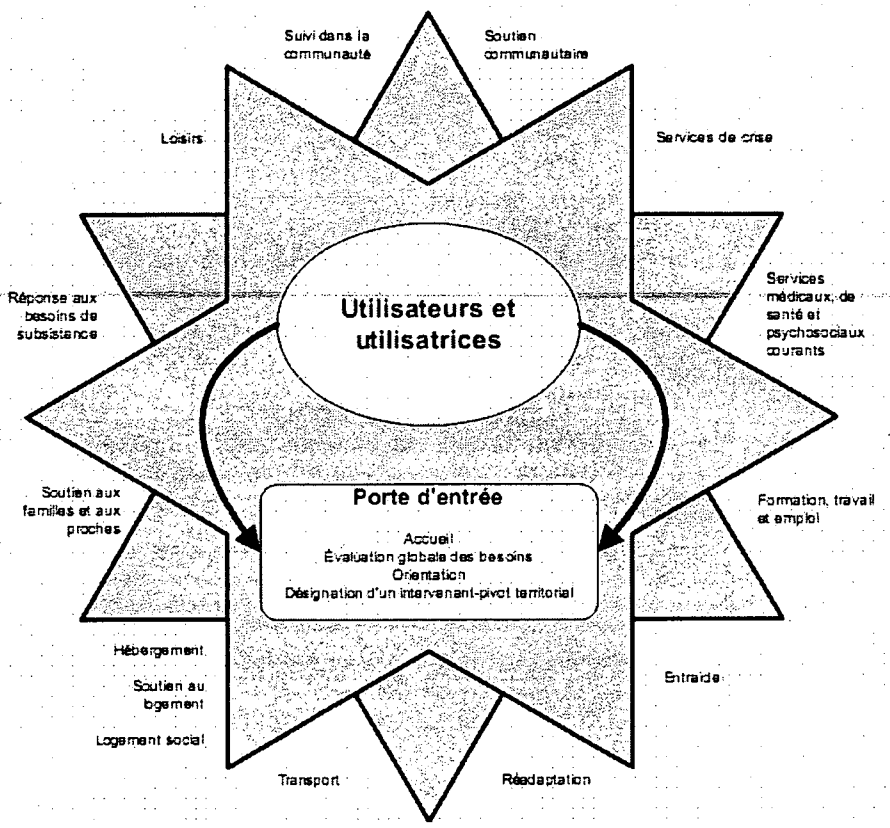
Intervenant-pivot territorial doit donc finalement s'assurer de la continuité des services nécessaires à l'utilisateur des services.

NOMENCLATURE DES SERVICES

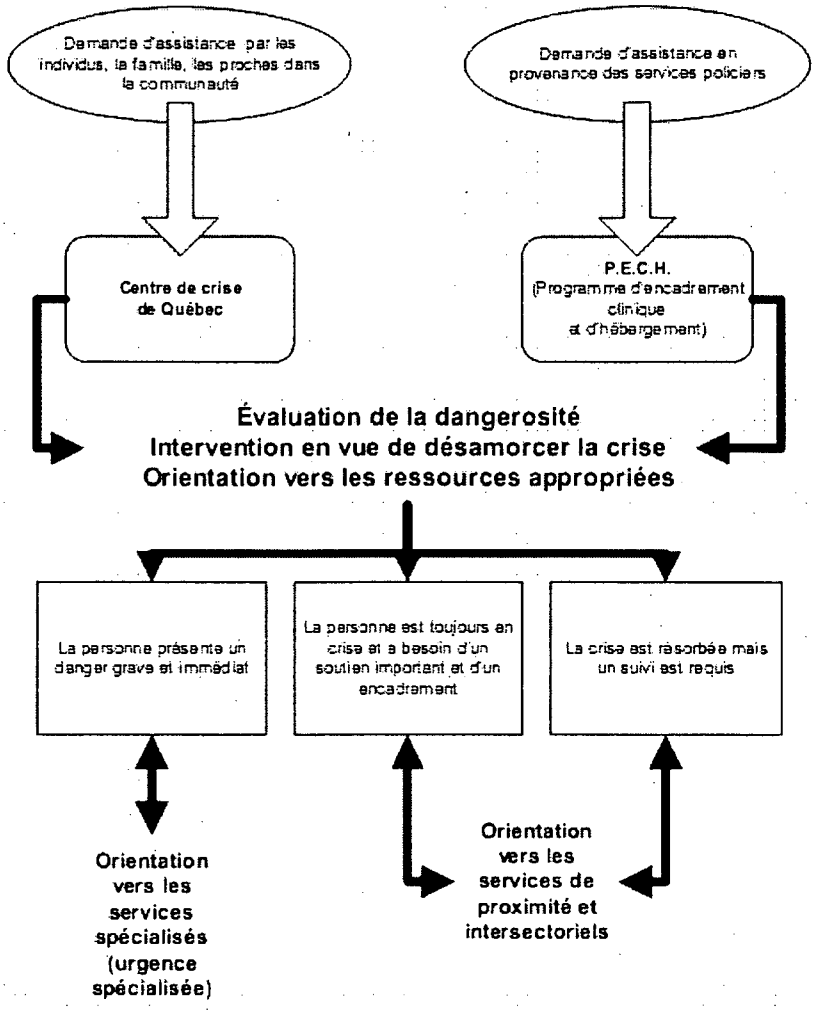
Une organisation de services intégrés basée sur la hiérarchisation des services dans laquelle chaque territoire est un lieu de réponse aux besoins fondamentaux des individus, qu'il s'agisse de soins médicaux généraux ou de services dits de proximité et intersectoriels.

<table>
<tr><th>Niveaux</th><th colspan="2">Services</th></tr>
<tr><td>1re ligne</td><td colspan="2">Des services généraux de 1re ligne offerts sur une base locale, le plus près possible du milieu de la personne (services de proximité et intersectoriels dans le milieu).</td></tr>
<tr><td></td><td>Services de proximité</td><td>Services intersectoriels dans le milieu</td></tr>
<tr><td></td><td>- les services de crise;
- les différentes mesures de soutien communautaire;
- les services médicaux;
- les services d'entraide;
- les services de soutien pour les parents et les proches;
- l'hébergement régulier;
- les services de réadaptation;
- les services professionnels;
- les services de santé courants.</td><td>- le logement social;
- le travail;
- la formation;
- le transport;
- les loisirs;
- les besoins de subsistance;
- l'aide domestique;
- la réadaptation en collaboration avec les services correctionnels.</td></tr>
<tr><td>2e ligne</td><td colspan="2">Des services spécialisés de 2e ligne offerts sur une base sous-régionale en appui à la 1re ligne</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="2">- l'urgence hospitalière;
- les services médicaux en milieu hospitalier;
- l'évaluation et le traitement
- l'hospitalisation;
- l'hébergement spécialisé et/ou de longue durée;
- les services offerts dans les hôpitaux de jour;
- les traitements psychiatriques spécialisés;
- la réadaptation spécialisée.</td></tr>
<tr><td>3e ligne</td><td colspan="2">Des services de 3e ligne surspécialisés offerts sur une base régionale ou suprarégionale en appui aux 2e et 1re lignes</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="2">- l'évaluation et le traitement;
- l'hospitalisation;
- les traitements psychiatriques surspécialisés;
- la réadaptation surspécialisée.</td></tr>
</table>

12 Nomenclature des services en fonction des niveaux de la hiérarchisation.



13 Services de proximité et intersectoriels.



14 Services de crise – Québec-Métro.

[2] McLeod, J. (1996). « *Counsellor competence* » in R. Bayne, I. Horton et J. Bimrose (Ed.), « *New directions in counseling* », p. 37-49. London: Routledge.
[3] Osberg, T. M. (1997). « *Teaching psychotherapy outcome research methodology using a research-based checklist* », Teaching of Psychotherapy, 24(4), p. 271-274.
[4] Poortinga, Y. H., et Lunt, I. (1997). "*Defining the competence of psychologists with a view to public accountability* », European Psychologist, 2(4), p. 293-300.
[5] Schreter, R. K. (1997) « *Essential skills for managed behavioural health care* », Psychiatric Services, 48(5), p. 653-658.
[6] Jongsma, A. E. Jr. et Peterson, L. M. (1995). « *The complete psychotherapy treatment planner* », New York: John Wiley and Sons.

[7] Mangham, Colin., McGrath, Patrick et collab. (1995). « *Résilience, pertinence dans le contexte de la promotion de la santé* », Atlantic Health Promotion Research Centre, université Dalhousie.
[8] LeBlanc, Line., Séguin, Monique. (2001). « *Élaboration d'aide : concepts de base et interventions spécifiques* », Collection Mieux Vivre, Les Éditions Logiques, p. 172-.
[9] Institut de la Statistique du Québec (ISQ). (1998). « Enquête québécoise sur les limitations d'activités », Québec, Publications du Québec, juin 2001, 440 p.
[10] Bristol, M. M. et Schopler, E. (1984). « *A development perspective on stress and coping in families of autistic children* », in J. Blacher (Ed.), « *severely handicapped young children in families and their families* », Toronto: Academic Press.
[11] Garbino, J. (1995). « *Rasing children in a totally toxic environment* », San Francisco, CA: Jossey-Bass Publ.
[12] Hechtman, L. (1996). « *Families of children with attention deficit hyperactivity disorder: A review* », Cananian Journal of Psychiatry, 41, p. 350-360.
[13] Kendziora, K. T. et O'leary, S. G. (1993). « *Dysfunctional parenting as a focus for prevention end treatment in clinical of child psychology* », vol. 15, p. 175-206, New York: Plenum Press.
[14] Sameroff, A. (2000). « *Ecological perspectives on development risk* », in J. D. Osofsky et H. E. Fitzgerald (Ed.), WAIMH Handbook of infant mental health, p. 1-31. New York: John Wiley & Sons.
[15] Turnbull, A. P. et thurnbull, H. R. (1997). « *Families, professionals, and exceptionality: A special partnership* », Upper Saddle River, NJ : Prentice Hall.
[16] Webster-Stratton, C. et Herbert, M. (1994). « *Troubled familier/Problem children : Working with parents : A collaborative process* », New York, NY: John Wiley & Sons.
[17] Belsky, J. (1984). « *The determinants of parenting: A process model* », Child Development, 55, p. 83-96.
[18] Cowan, P. A., Cowan, C. P. et Schulz, M. S. (1996). « *Thinking about risk and resilience in families* », in E. M. Hetherington et E. A. Blechman (Ed.), Stress coping, and resiliency in children and families, p. 1-37, Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
[19] Garmezy, N. et Masten, A. (1994). « *Chronic adversities* », in M. Rutter, L. Hersov, et E. Taylor (Ed.), "*Child and adolescent psychiatry*", p. 191-208 (3e éd.), Oxford : Blackwell Scientific Publications.
[20] Crittenden, P. M. (1988). « *Relasionship at risk* », in J. Belsky, J. et T. Nezwordki, (Ed.), « *Clinical implications of attachment* », p. 136-174. Hillside, N.J: Lawrence Erlbaum.
[21] Landry, S. (2000). « *Assessing the risk and strenghts of infants and families in community-based programs* », in J. D. Osofsky et H. E.Fitzgerald (Ed.), WAIMH Handbook of infant mental health, p. 338-375, New York: John Wiley & Sons.
[22] Lavigeur, S. (1989). « *L'insularité des mères : une problématique particulière en intervention* », La revue Canadienne de Psycho-Éducation, 18, p. 21-40.
[23] Garmezy, N. (1993). « *Children in poverty: Resilience despite risk* », Psychiatry, 56, p. 127-136.
[24] Luthar, S. S., Cicchetti, D. Becker, B. (2000). "*The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines fot future work*", Child Development, 71, p. 543-562.
[25] Ruter, M. (1999). « *Resilience concepts and findings: Implication for family therapy* », Journal of Family Therapy, 21, p. 119-144.
[26] Smokowski, P. R. (1998). « *Prevention and intervention strategies for promoting resilience in disadvantaged children*", social Services review, sep., p. 893-903.
[27] Garmezy, N. et Masten, A. (1994). « *Chronic adversities* », in M. rutterm L. Hersov, et E. Taylor (Ed.), Child and adolescent psychiatry, p. 191-208 (3e éd.), Oxford: Blackwell Scientific Publications.
[28] Gore, S. et Eckenrode, J. (1994). « *Context and process in research on risk and resilience* », in R. J. Haggerty, L. R. Sherrod, N. Garmezy et M. Rutter (Ed.), « *Stress risk, and resilience in children and adolescent, Processes, mechanisms, and interventions* », p. 19-63, Cambridge University Press.
[29] Golby, B. J. et Bretherton, I. (1999). « *resilience in postdivorce mother-child relationships* », in H. I. McCubbin, E. A. Thompson, A. I. Thompson et J. A. Futrell (Ed.), « *The dynamics of resilient families* », p. 237-270. Thousand Oaks : Sag Publications.
[30] Phelan, T. W. (1996). « *Self-esteem revolutions in children. Understanding and managing the critical transitions in your child's life* », Glen Ellyn. Il : Child management Inc.
[31] Clarke-Stewart, K. A. (1981). « *Parent education in the 1970s* », Educational evaluation and Policy Analysis, 3, p. 47-58.
[32] Turnbull, A. P. et Thurnbull, H.R. (1997). « Families, professionals, and exceptionality: A special partenershi", Upper Saddle River, NJ : Prentice Hall.
[33] Ouellet, F., René, J.F., Durand, D., Dufour, R. et Garon, S. (2000). « *L'empowerment en situation d'extrême pauvreté. L'expérience de N'aître égaux-Grandir en santé* », Rapport synthèse, Montréal : RRSSSMC.
[34] Pépin, L. (2000). « *Être parents en situation de pauvreté* », bulletin de liaison du conseil de Développement de la Recherche sur la Famille du Québec, 2(4), p. 3-4.
[35] Paquette, D., Zoccolillo, M. et Bigras, M. (1999). « *L'efficacité des interventions en foyers de groupe pour mère en difficultés d'adaptation* », Défi Jeunesse, 6, 1, p. 30-35.
[36] Barkley, R. A. (1995). « Tacking charge of ADHD. The complete authoritative guide for parents », New York: GSI Publications.
[37] Webster-Stratton, C. (1992). « *The incredible years. A trouble-shooting guide for parents of children aged 3-8*", Toronto: Umbrella Press.
[38] Ausloos, G. (1995). « *La compétence des familles. Temps, chaos, processus* », Saint-Agnès, France:Édition Éres.
[39] Cochran, M. et Niego, S. (1995). « *Parenting and social networks* », in M. H. Bornstein (Ed.), *Handbook of parenting. Status and social conditions of parenting*, Vol. 3, p. 393-418, NJ: Lawrence Erlbaum.

[40] Blechman, E. A. (1991). « *Effective communication : Enabling multiproblem families to change* », in P. A. Cowan et M. Hetherington (Ed.), Family transitions, p. 219-244, Hillsdale, NJ:Lawrence Erlbaum.
[41] Webster-Stratton, C. (1990). « *Stress : A potential disruptor of parent perceptions and family interactions* », Journal of Clinical Child Psychology, 19, p. 302-312.
[42] Maughan, B., Mccarthy, G. (1997). « *Childhood adversities and psychosocial disorders.* », Br Med Bull, 53 : 156-169
[43] Aseltine, R. H. (1996). « *Pathways linking parental divorce with adolescent depression.* », J Health Social Behavior, 37:133-148
[44] Fergusson D. M., Horwood L. J., Lynskey M. T. (1994). « *Parental separation, adolescent psychopathology, and problem behaviors.* », J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 33 : 1122-1131
[45] Rutter, M. (1995). « *Clinical implications of attachment concepts : retrospect and prospect.* », J Child Psychiatry, 36 : 549-571.
[46] Amato, P. R. (1993). « *Children's adjustment to divorce : theories, hypotheses and empirical support.* », J Marriage Fam, 55 : 23-38.
[47] Cherlin A. J., Furstenberg J. F. F., Chase-Lansdale P. L., Kiernan K. E., Robins P. K. et collab. (1991). « *Longitudinal studies of effects of divorce on children in Great Britain and the United States.* », Science, 252: 1386-1389.
[48] Hetherington, E. M., Cox, M., Cox, R. (1985). « *Long-term effects of divorce and remarriage on the adjustment of children.* », J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 24:518-530.
[49] Chase-Lansdale, Cherlin, A. J., Kiernan, K. E. (1995). « *The long-term effects of parental divorce on the mental health of young adults: a developmental perspective.* », Child Development, 66 : 1614-1634.
[50] Palosaari, U., Aro H., Laippala P. (1996). « *Parental divorce and depression in young adulthood : adolescent's closeness to parents and self-esteem as mediating factor.* », Acta Psychiatr Scand, 93: 20-26.
[51] Aseltine, R. H. (1996). « *Pathways linking parental divorce with adolescent depression.* », J Health Social Behavior, 37:133-148.
[52] Amato, P. R., Rezac S. (1994). « *Contact with residential parents, interparental conflict and child's behavior.* », J Fam Iss, 15:191-207.
[53] Fincham, F. D., Osborne, L. N. (1993). « *Marital conflict and children: retrospect and prospect. Clinical Psychological Review* », 13:75-88.
[54] Dadds, M. R., Barrett P. M. (1996). « *Family processes in child and adolescent anxiety and depression Change* », 13:231-239.
[55] Hirshfeld, D. R., Biederman, J., Brody, L., Faraone, S. V., Rosenbaum, J. F. (1997). « *Associations between expressed emotion and child behavioural inhibition and psychopathology: a pilot study* », J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 36:205-213.
[56] Frank, S. J., Poorman, M. O., Van Egeren, L. A. (1997). « *Perceived relationships with parents among adolescent inpatients with depressive preoccupations and depressed mood.* », J Clin Child Psychol, 26:205-215.
[57] Wamboldt, M. Z., Wamboldt, F. S. (2000). « *Role of the family in onset and outcome of childhood disorders: selected research findings.* », J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 39:1212-1219.
[58] Graham C. A., Easterbrooks M. A. (2000). « *School-aged children's vulnerability to depressive symptomatology : the role of attachment security, maternal depressive symptomatology, and economic risk.* », Dev Psychopathol, 12:201-213.
[59] Dumas, J. E., Serketich, W. J., Lafreniere, P. J. (1995). « *" Balance of power " : A transactional analysis of control in mother-child dyads involving socially competent, aggressive, and 246 anxious children.* », J Abnormal Psychol, 104:104-113.
[60] Woodward, L., Taylor, E., Dowdney, L. (1998). « *The parenting and family functioning of children with hyperactivity* », J Child Psychol Psychiat, 39:161-169.
[61] Emery, R. E., Laumann-Billings, L. (1998). « *An overview of the nature, causes, and consequences of abusive family relationships.* », Am Psychol, 53 : 121-135.
[62] Chichetti, D., Toth S. L. (1995). « *A developmental psychopathology perspective on child abuse and neglect.* », J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 34 : 541-565.
[63] Kessler, R. C., Magee, W. J. (1994). « *Childhood family violence and adult recurrent depression.* », J Health Soc Behav, 35:13-27.
[64] Brown, G. W., Moran, P. (1994). « *Clinical and psychosocial origins of chronic depressive episodes. I. A community survey* », Br J Psychiatry, 165:447-456.
[65] Cicchetti, D., Toth, S. L. (1998). « *The development of depression in children and adolescents.* », American Psychologist, 53:221-241.
[66] Cummings, E. M., Davies P. T. (1994). « *Maternal depression and child development.* », J Child Psychol Psychiatr, 35:73-112.
[67] Rutter, M., Quinton, D. (1984). Parental psychiatric disorder : effects on children. PsycholMed, 14 : 853-880.
[68] Cochran, M. (1987). « *Empowerment families: An alternative to deficit model* », in K. Hurrelman, F. X. Kaufmann et F. Löser (Ed.), « *Social intervention: Potention and constraint* », p. 105-129, New-York : Walter de Gruyter.
[69] Dunst, C. J., Trivette, C. M. et Deal, A. G. (1994). « *Supporting and strengthening families. Methods, strategies and practices* », Cambridge, MA: Brookline Books.
[70] McCubbin, H. I., Thompson, E. A., Thompson, A. I. et Futrell, J. A. (1999). « *The dynamics of resilient families, Thousand Oaks* », CA: Sage publications.
[71] Walsh, F. (1998). « *Strengthening familiy resilience* », New York: the Guilford Press.

[72] Dubeau, D., Turcotte, G. et Coutu. S. (1999). « *L'intégration des pères dans la pratiques d'intervention auprès des jeunes enfants et de leur famille* », Revue Canadienne de Psycho-Éducation, 28, p. 265-278.
[73] Bédard, J. (1998). « *Famille en détresse sociale, Repères* d'action », Tome 1, Du social au communautaire, Sillery, Qc : Anne Sigier.
[74] Laosa, L. M. (1979). « *Social competence in childhood : Toward a Developmental Socioculturally relativistic Paradigm* », in M. W. Kent et J. E. rolf (Ed.), *Primary Prevention of Psychopathology*, vol III, p. 253-279, Hanover, NH: University Press of the New England, 1979.
[75] Bronfenbrenner, U. (1987). « *Femilu support : the quiet revolution* », in S. L. Kagan, D. R. Powell, B. Weissbourd, et E. F. Zigler (Ed.), America's family support programs, p. xi-xvii, New Haven, CT: Yale University Press.
[76] Kemp, S. P., Whittaker, J. K., Tracy, E. M. (1997). « *Person-environment practice. The social ecology of interpersonal helping* », New York: Adline de Gruyter.
[77] Ministère de la Santé et des Services Sociaux (1998a). « *Politique de la santé et du bien-être* », Gouvernement du Québec.
[78] Ministère de la Santé et des Services Sociaux (1998b). « *Travaillons ensemble. Pour mieux aider et protéger les enfants, les jeunes et leurs famille* », Gouvernement du Québec.
[79] Morrisson Dor, M. et Lee, J. M. (1999). « *The role of parent training with abusive and neglectful parents* », Family Relations, 48, p. 313-325.
[80] Phelan, T. W. (1995). « *1-2-3 Magic. Effective discipline for children 2-12* », Glen Ellyn, Ill: Child Management Inc.
[81] Caplan, G. (1961). « *An Approach to Community Mental Health*», Grune and Stratton, New-York, p. 18.
[82] Caplan, G. (1964). « *Principles of preventive psychiatry* », New York: Basic Books.
[83] Kirk, D. G. (1993). « *Adolescent suicide: A school-based approach to assessment & intervention* », Champain (USA): Research Press.
[84] Messick, J. M. et Aguilera. D.C. (1976). « *Intervention en situation de crise : théorie et méthodologie (2e éd)* », Saint-Louis, Missouri : Mosby
[85] Aguilera, D. C. et Messick, J. M. (1976). « *Intervention en situation de crise* », C. V. Mosby compagny, Toronto, p. 63-67.
[86] Norcross, J. C. (1991). « *Prescriptive matching in psychotherapy: An introduction* », Psychotherapy, 28(3), p. 439-443.
[87] Herman, K. C. (1993). « Reassessing predictors of therapist competence », Journal of Counselling & Development, 72, p. 29-32.
[88] Robertson, M. H. (1995). « *Psychotherapy education and training: an integrative perspective* », Connecticut: International Universities Press, Inc.
[89] Kanfer, F.-H. (1990). « *The scientist practitioner connection: A bridge in need of constant attention* », Professional Psychology: research and Practice, 21(4), p. 264-270.
[90] Beutler, L. E. et Clarkin, J. F. (1990). « *Systematic treatment selection, Toward Targeted Therapeutic Interventions*, New York : Brunner/Mazel, Inc.
[91] Orlinsky, D. E., Grawe, K. et Parks (1994). « *Process and Outcome in Psychotherapy : Noch einmal* », in A.E. Bergin et S.L. Garfield (Ed), Handbook of psychotherapy and behavioural change, (p. 270-376), New York : John Wiley & Sons.
[92] Shiang, J., Landry, B. et Bongar, B. (1997). « *Psychotherapy* », in J.-R. Matthews, C.-E. Walker et collab., « *Basic skills and professional issues in clinical psychology* », p. 83-113., Boston: Allyn & Bacon.
[93] Sexton, T. L., Whiston, S. C., Bleuer, J. C. et Walz, G. R. (1997). « *Integrating Outcome Research Into Counselling Practice and Training* », Las Vegas: American Counselling Association.
[94] Zammit, G. K. (1995). « *The diagnostic of mental disorders using the DSM-IV* », in G.K. Zammit & J.W. Hull (Eds.), « *Guidebook for clinical psychology intern* » (p.105-121), New York: Plenum press.
[95] Cummings, N. A. et Vandendos, G.R. (1979). « *The general practice of psychology, professional Psychology* », 10(4), p. 430-440.
[96] Beutler, L. E., Consoli, A. J., et Williams, R. E. (1995). « Integrative and eclectic therapies in practice », in B.-M. E. Bongar & L. E. E. Beutler (Eds.), « *Comprehensive textbook of psychotherapy : Theory and practice* », New York : Oxford University Press
[97] Stiles, W. B., shankland, M. C., Wright, J. et Fields, S. D. (1997). « *Dimensions of client's initial presentation of problem is psychotherapy: the early assimilation research scale* », Psychotherapy Research, 7(2), p. 155-171.
[98] Gaw, K. F. et Beutler, L. E. (1995). L. E. E. Beutler (Ed.), « *Integrative assessment of adult personality* », p. 208-319. New York : Guilford.
[99] Frank, J. D. et Frank, J. B. (1991). « *Persuation and healing: a comparative study of psychotherapy* », Baltimore: Johns Hopkins University Press.
[100] Cournoyer, L. G. et Sabourin, S. (1991). « *Autoduperie et Hétéroduperie : Facteurs contaminant l'évaluation de la détresse psychologique et de la satisfaction de la clientèle en relation d'aide* », Revue Canadienne des Sciences du Comportement, 23, p. 41-52.
[101] Weinberger, J. (1993). « *Common factors in psychotherapy* », in G. Stricker, & J. R. Gold (eds), "*Comprehensive handbook of psychotherapy integration*", p. 43-56. New York : Plenum Press
[102] Sifneos, P.-E. (1979). « *The difficulties in teaching « psychosomatic medicine »* Psychotherapy and Psychosomatics, 32, p. 218-222.
[103] Beutler, L. E., Consoli, A.J. (1992). « *Systematic treatment selection. Toward Targeted Therapeutic Interventions* », New York : Brunner/Mazel, Inc.
[104] Frances, A., Clarkin, J. et Perry, S. (1984). « *Differential therapeutics in psychiatry* », New York : Brunner/Razel.

[105] Strupp, H.-H. et Bloxom, A.-L. (1973) « *Preparing lower-class patients for group psychotherapy : Development et evaluation of a role induction film* », Journal of Consulting and Clinical Psychology, 41(3), p. 373-384
[106] Hoehn-Saric, R., Frank, J. D., imber, S.-D., Nash, E.-H., Stone, A.-R. et Batle, C.-C. (1964). "*Systematic preparation of patients for psychotherapy: I. Effects on therapy behaviour and outcome*", Journal of Psychiatric research, 2(4), p. 267-281."
[107] Sumerall, S.W., Lopez, S. J. et Oehlert, M. E. (2000). « *Competency-based education and training in psychology* », Springfield: Charles C. Thomas.
[108] Hanna, F. J. (1996). "*Precursors of change: Pivotal points of involment and resistance in psychotherapy*", Journal of consulting and Clinical Psychology, 61(3), p. 441-447.
[109] *Idem.*
[110] Quintana, S. M., & Holahan, W. (1992). « *Termination in short-term counselling: Comparison of successful and unsuccessful cases* », Journal of Counselling Psychology, 39(3), p. 299-305.
[111] Mass, J. (1973) « *Time limited psychotherapy* », Boston: Harvard University Press.
[112] Clementel, J.-C., Malan, D. et Trauer, T. (1990). « *A retrospective follow-up study of 84 patients treated with individual psychoanalalytic psychotherapy: outcome and predictive factors* », British Journal of Psychotherapy, 6(4), p. 363-374.
[113] Patterson, L. E. et Raynolds-Welfer, E. (2000). « *The counselling process* », Stamford: Thomson learning.
[114] Brown, J. (1987). « *A review of meta-analyses conducted on psychotherapy outcome research* », Clinical Psychology Review, 7, p. 1-23.
[115] Eysenck, H. J. (1952). « *The effects of psychotherapy: an evaluation* », journal of Consulting Psychology, 16, p. 319-324.
[116] Lambert M. J., Shapiro, D. A. et Bergin, A. E. E. (1986). « *The effectiveness of psychotherapy* » in S. L. Garfield et A.E. Bergin (Eds), « *Handbook of psychotherapy and behaviour* change », p. 157-211, Toronto : John Wiley & Son, Inc.
[117] Lambert M. J., et Begin, A. E. (1994) « *The effectiveness of psychotherapy* », in A. E. E. Bergin, S. L. E. Garfield et collab. (Eds.), "*handbook of psychotherapy and behaviour change*", p. 143-189. New York: John Wiley & Son.
[118] Luborsky, L., Diguer, L., Luborsky, E., Singer, B., Dickter, D. et Schmidt, K. A. (1993). « *The efficacy of dynamic psychotherapies: is it true that everyone has won and all must have prizes* », in N. E. Miller, L. Luborski, J. P. Barber et J. P. Docherty (Eds), « *Psychodynamic treatment research* », p. 497-516, New-York:Basicbooks, Inc.
[119] Smith, M. L., Glass, G. V. et Miller, T. I. (1980). « *The benefits of psychotherapy* », Baltimore: Jolin Hopkins University Press.
[120] Wampold, B. E., Mondin, G. W., Moody, M. Stich, F., Benson, K. et Ahn, H.-N. (1997). « *A meta-Analysis of outcome studies comparing bona fide psychotherapies: Empirically* », « *All Must Have prizes* », psychological bulletin, 122(3), p. 203-215.
[121] Lambert M. J. (1986). « *Some implications of psychotherapy research for eclectic practice* », International journal of Eclectic Psychotherapy, 5, p. 16-46.
[122] Rosenzweig, S. (1936). « *Some implicit common factors in deverse methods of psychotherapy* », American journal of Orthopsychiatry, 6, p. 412-415.
[123] Asay, T. P. et Lambert, M. J. (1999). « *The empirical case for the common factors in therapy : quantitative findings* », in M. A. Hubble, B. L. Ducan, et S. D. Miller (Ed), « *The heart & soul of change* », p. 23-55, Washington: American Psychological Association. »
[124] Bachelor, A. et Horvach, A. (1999). « *The therapeutic relationship* », in M. A. Hubble, B. L. Duncan, et S. D. Miller, "*The heart and soul of change: what works in therapy*", p. 132-178, Washington: American Psychological Association.
[125] Cross, D. G. et Sheehan, P. W. (1982). « *Secondary therapist variable operating in short-term insight oriented, and behavior therapy* », British Journal of Medical Psychology, 55(3), p. 275-284.
[126] Orlinski, D. E. et Howard, K. I. (1986). « *Process and outcome in psychotherapy* », in S. I. Gargfield, et A. E. Bergin (Eds), « *Handbook of psychotherapy and behavior change* », p. 311-381, 1986 : John Wiley & Son.
[127] Shaffer, N. D. (1982). « *Multidimentional measures of therapist behavior as predictors of outcome, Psychological Bullletin* », 92(3), p. 670-681.
[128] Strupp, H.H. et Harley, S. W. (1979) « *Specific VS non specific fectors in psychotherapy: A controlled study of outcome* », Archives of General Ppsychiatry, 36(10), p. 1125-1136.
[129] Rogers, C. R. (1956). « *Client centered theory* », Journal of Counselong Psychology, 3, p. 115-120.
[130] Bachelor, A et Horvach, A. (1999). « The therapeutic relationship », in M. A. Hubble, B. L. Duncan, et S. D. Miller, "The heart and soul of change: what works in therapy", p. 132-178, Washington: American Psychological Association.
[131] Dozier, M., Cue, K. L. et Barnett, L. (1994). « *Clinicians as caregivers: role of attachment organization in treatment* », Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62(4), p. 793-800.
[132] Rhodes, R. H., Hill. C. E., Thompson, B. J. et Elliot, R. (1994). « *Client retrospective recall of resolved and unresolved misunderstanding events* », Journal of counseling Psychology, 41(4), 473-483.
[133] Safran, J. D., Crocker, P., McMain, S., et Murray, P. (1990). « *Therapeutic alliance rupture as therapy event for empirical envestigation* », Psychotherapy, 27(2), p. 154-165.
[134] Gaston, L. (1990). « *The concept of the alliance and its role in psychotherapy: Theoretical and empicrical onsiderations*", Psychotherapy, 27(2), p. 143-153.
[135] Rounsaville, B. J., Chevron, E. S., Prusoff, B. A. et Elkin, I. (1987). « *The relation between specific and general dimension of the psychotherapy process interpersonal ; psychotherapy of depression* », Journal of Counsulting and Clinical Psychology, 55, p. 379-384.
[136] Alexander, F. et French, T. M. (1946). « *Psychoanalytic therapy; principles and application* », New York : Ronal Press.

[137] Arkowitz, H. (1997). « *The varieties of supporty in psychotherapy* », Journal of Psychotherapy Integration, 7(2), p 151-159.
[138] Stiles, W. B., Elliot, R. Llewelyn, S. P. et Firth-Cozens, J. (1990). « *Assimilation of problematic experiences by clients in psychotherapy* », Psychotherapy, 27(3), p. 411-420.
[139] Korchin, S. J. et Sands, S. h » (1983). « *Principles common to all psychotherapies* », in C. E. Walker, F. Kanfer, A. Kazdin, J. Matarazzo, E. Rodnick et J. Rotter (Eds), « *The handbook of clinical psychology : theory, research, and practice* », p. 270-299, Illinois:Dow Jones-Irwin.
[140] Brady, J. P. et collab. (1980). « *Some view on effective principles of psychotherapy* », Cognitive Therapy and Research, 4(3), 271-306.
[141] Frank, J. D. (1982). « *Therapeutic components shared by all psychotherapies* », in J. H. E. Harvey, M. M. E. Parks e collab. (Eds), Psychotherapy research and behavior change, p. 9-37, Washington, DC : American Psychological Association.
[142] Strong, S. R. et Claiborn, E. (1982) « Change throught interaction = social psychological process of counselong adn psychotherapy », New York: Wiley.
[143] Goldfriend, M. R. et Castonguay, L. G. (1992). « *The futur of psychotherapy integration* », Psychotherapy, 29(1), p. 4-10.
[144] La Cross, M.B. (1980). « *Perceived counselor social influence a counseling outcomes: validity of the counselor rating form*", Journal of Counseling Psychology, 24(4), p. 320-327.
[145] Beutler, L. E., Machado, P. P. P. et Neufeldt, S. A. (1994). « *Therapist variables* », in A. E. E. Bergin, S. L. E. Garfield et collab., "*handbook of psychottherapy and behavior change*", p. 229-269, New York: John Wiley & Sons.
[146] Greenberg, L. S. E. et Pinsof, W. M. E. (1986). « *The psychotherapeutic process: A research handbook* », New York: Guilford Press.
[147] Garfield, S. L. (1992). « *Major issues in psychotherapy research* », in D. K. E. Freedheim, H. J. E. Freudenberger (Eds), History of psychotherapy: A century of change, p. 335-359, Washington: American Psychological Association.
[148] Stiles, W.-B., Shapiro, D. A. et Elliott, R. (1986). « *Are all psychotherapies equivalent*? », American Psychologist, 41(2), p. 165-180.
[149] Grencavage, L. M. et Norcoss, J. C. (1990). « *Where are the commonalities among the therapeutic common factors*? », Professional Psychology : Research and Practice, 21(5), p. 372-378.
[150] Hobbs, N. (1962). « *Sources of gain in psychotherapy* », American Psychology, 17(10), p. 741-747.
[151] Brady, J. P. et collab. (1980). « *Some views on effective principales of psychotherapy* », Cognitive Therapy and Research, 4(3), 271-306.
[152] Karasu, T.-B. (1986), « *The psychotherapies: Benefits and limitations* », American Journal of Psychotherapy, 40(3), p. 324-342.
[153] Gendreau, G. (1995). « *Partager ses compétences : entre parents, jeune en difficulté et éducateurs* », Québec : Science et culture.
[154] Egan, G. (1992). « *Communication dans la relation d'aide* », Québec : Études vivantes.
[155] Muchielli, R. (1982). « *L'entretien de face à face dans la relation d'aide* », Paris : Éditions ESF.
[156] Bergerret, J., Achaintre, A. Bécache, A., Boulanger, J.J., Chartier, J.P. Dubor, P., Houser, M. et Lustin, J.J. (1979). « *Psychologie pathologique* » (3e éd.), Paris : Masson.
[157] Hackney, H. et Cormier, L. S. (1979). « *Counseling strategies and objectives* » (2e ed.), Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
[158] Hétu, J. L. (1999). « *La relation d'aide* », Montréal : Gaëtan Morin Éditeur.
[159] Chalifour, J. (1999). « *L'intervention thrapeutique* », vol. 2, Stratégies d'intervention, Montréal : Gaëtan Morin Éditeur.
[160] Chalifour, J. (1989). « *La relation d'aide en soins infirmiers : une perspective holistique-humaniste* », Montréal : Gaëtan Morin Éditeur.
[161] Chalifour, J. (1993). « *Enseigner la relation d'aide* », Montréal : Gaëtan Morin Éditeur.
[162] Denis, J.-F., Gagnon, F. (1999). « *Examen psychiatrique* », in P. Lalonde, J. Aubut et F. Grunberd (Éds.), « *Psychiatrie clinique. Une approche bio-psycho-sociale* », p.34 – 39. Montréal : Gaëtan Morin Éditeur.
[163] Paradise, L. V. et Wilder, D. H. (1979). « *The relationship between client reductance and counselling effectiveness* », Counsellor Educational and Supervision, 19, p. 35-41.
[164] Corey, G., Corey, M. et Callanan, P. (1998). « *Issues ans ethics in the helping Professions* », Pacific Grove, Californie: Brooks/Cole Publishing compagny.
[165] Haas, L. J. et Malouf, J.-L. (1989). « *Keeping up the good work : A practitionner's guide to mental health ethics* », Sarasota : professional Resource Exchange,
[166] Applebaum, P. S. et Gutheil, T.G. (1991). « Clinical *Handbook of psychotherapy and the law (2e éd.)* ", Baltimore : Williams & Wilkins.
[167] Clayton, S. et Bongar, B. (1994). « *The Use of consultiation in Psychological Practice : Ethical, Legal, and Clinical considerations* ", Ethics & Behavior, 4(1), p. 43-57.
[168] Bongar, B. (1991). « *The suicidal patient: clinical and legal standards of care* », Washington, DC : American Psychological Association.
[169] Gutheil, T. G. (1990). « *Arguement for the defendant-expert opinion : death in handsight*" in R. I. E. Simon (Ed.), Review of clinical psychiatry and the law, p. 335-339, Washington, DC :American Psychiatric Association.
[170] Tennyson, W. W. et Strom, S. A. (1986). « *Beyong professionnal standards: developping responsibleness* », Journal of Counseling and Devlopment, 64(5), p. 298-302.
[171] Kintchener, K. S. (1996). « *There is more to etics than principles* », The Counseling psychologist, 24(1), p. 92-97.

[172] Kleinke, C. L. (1994). « *Common principles of psychotherapy* », Pacific Grove: Brooks/Cole Publishing Co.
[173] Leblanc, L., Séguin, M., et collab. (2001). « *La relation d'aide : concepts de base et interventions spécifiques* », collection mieux vivre, Les Éditions Logiques, p. 101.
[174] Meyer, R. G., Landis, E. R. et Hays, J. R. (1988). « *Law fot the psychotherapist* », New York: W. W. Norton and Co
[175] Younggren, J. N. et Skorka, D. (1992). « The *non-therapeutic psychotherapy relationship* », Law and Psychology Review, 16, p. 13-22.
[176] Gottleibt, M. C. (1994). « *Ethical decision making boundaries and treatment effectiveness: a reprise*" Ethics and behavior, 4(3), p. 287-293.
[177] Strasburger, L. H., Jorgeson, L. et Shuterland, P. (1992). « *The prevention of Psychotherapist sexual Misconduct : avoiding the slippery slope* », American Journal of Psychotherapy, 46(4), p. 544-555.
[178] Kintchener, K. S. (1988). « *Dual role relationships: What makes them so problematic?* », Journal of Counseloing et Development, 67(4), p. 217-221.
[179] Philibert, M., Pampalon, R., Choinière, R., (2007). « *L'espérance de santé au québec : revue de différentes estimations pour les années 1986 à 2003* », Institut National de Santé Publique, Direction planification, recherche et innovation unité études et analyses de l'état de santé de la population, Gouvernement du Québec, Mars 2007.
[180] *Idem.*
[181] Richard et Fabspec inc., [1998] C.L.P. 1043
[182] Nadeau et Multi-Do, 186534-03B-0206, 02-12-19, M. Cusson.
[183] Air Canada et Schanck, [1998] C.L.P. 11.
[184] Blanchette et Cie d'échantillon National ltée, 236942-64-0406, 06-04-21, J.-F. Martel.
[185] Les définitions présentées ici sont tirées de la CIDH, p. 23-25.
[186] Fougeyrollas et collab., 1998, p. 10.
[187] Patrick Fougeyrollas est anthropologue et Directeur de l'enseignement à l'Institut universitaire de réadaptation en déficience physique de Québec, Professeur à l'université Laval, Chercheur au CIRRIS et Président du Réseau international sur le PPH.
[188] Patrick Fougeyrollas est anthropologue et Directeur de l'enseignement à l'Institut universitaire de réadaptation en déficience physique de Québec, Professeur à l'université Laval, Chercheur au CIRRIS et Président du Réseau international sur le PPH.
[189] Organisation mondiale de la Santé. Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé. Genève, 2001, p. 1.
[190] Dal Pozzo, H. Haines, Y. Laroche, F. Fratello et C. Scorretti, Assessing disability in Europe - Similarities and differences, 2002.
[191] *Ibid.* pages 7 à 9.
[192] Commission d'enquête sur la santé et le bien-être socicollab. (1971). « *Le développement* », tome II, vol. III.
[193] Ministère des Affaires sociales (1977). « *Livre blanc : proposition de politique à l'égard des personnes handicapées* », Québec.
[194] « *L'intégration de la personne handicapée – État de la situation* ». Secrétariat des conférences socioéconomiques du Québec, 1981.
[195] Office des Personnes Handicapées du Québec - OPHQ. (1984). « *À part... égale : L'intégration sociale des personnes handicapées : un défi pour tous* », Drummondville.
[196] Fougeyrollas, P., Tremblay, J., Noreau, L., Dumont, S., St-Onge, M (2005). « *Les personnes ayant des incapacités : encore plus pauvres et à part...qu'égales : Les facteurs personnels et environnementaux associés à l'appauvrissement des personnes ayant des incapacités et de leur famille* », Institut de réadaptation en déficience physique du Québec (IRDPQ) et Centre interdisciplinaire de recherche en réadaptation et intégration sociale (CIRRIS), Québec.
[197] Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse. (1995). « *Le pluralisme religieux au Québec : un défi d'éthique sociale (document soumis à la réflexion publique)* », p. 12 et 13.
[198] Office des Personnes Handicapées du Québec - OPHQ. « *Guide d'accessibilité et d'adaptation des services gouvernementaux : Les services de l'État, c'est aussi pour les personnes handicapées* », mars 2005, 74 p.
[199] Office des Personnes Handicapées du Québec - OPHQ, « *À part...égale, L'intégration sociale des personnes handicapées : un défi pour tous* », Drummondville, Publications du Québec, 1984, 350 p.
[200] À ce sujet, on peut consulter les documents suivants : Société Canadienne de la Classification Internationale des Déficiences, Incapacités et Handicaps, « *Évolution canadienne et internationale des définitions conceptuelles et des classifications concernant les personnes ayant des incapacités, Analyse critique, enjeux et perspectives* », Réseau international CIDIH et facteurs environnementaux, vol. 9, no. 2-3, juillet 1998 ; et Réseau International sur Le Processus de Production du Handicap / Société Canadienne de la Classification Internationale des Déficiences, Incapacités Et Handicaps, Classification québécoise : Processus de production du handicap, Québec, 1998, 256 p.
[201] QUÉBEC, Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées en vue de leur intégration scolaire, professionnelle et sociale (L.R.Q., c. E-20.1), à jour au 12 avril 2005, [Québec], Éditeur officiel du Québec, c2005, chapitre I, article 1g.

INDEX

C

Compétences
profil des compétences....2
Contrat Thérapeutique....35
Crise....19
régression narcissique....23
théories de la crise....26

D

Déficience....53
impairment....53
Désavantage....53
handicap....53
Distorsions cognitives
exagération....28
généralisation....28
inférence inadéquate....29
minimisation....28
perception sélective....29
polarisation....29
Distorsions cognitives....28

E

Entrevue....32
entrevue initiale....32

H

Handicap
situation de handicap....96

I

Incapacité....53
disability....53

R

Résilience
approche psychodynamique
concepts théoriques....15
mécanismes de défense....16
mentalisation....17
modèle....15
traumatisme....15
traumatisme précoce....16
traumatisme tardif....16
définitions....3
processus....3

T

Tolérance
tolérance aux traumatismes....voir résilience: approche psychodynamique

V

Vulnérabilité.....24

TABLE DES ILLUSTRATIONS

FIGURE 1 LES PORTES D'ENTREE DU TRAVAIL THERAPEUTIQUE. 40
FIGURE 2 STRATEGIES CLINIQUES ASSOCIEES AU PROCESSUS THERAPEUTIQUE. 41
1 LE MODELE DE NAGI, DE L'INSTITUTE OF MEDICINE (IOM; POPE ET TARLOV, 1991). 52
2 *LES MODELES CONCEPTUELS DU HANDICAP* (D'APRES J.-F. RAVAUD). 55
3 LE HANDICAP DE SITUATION - LE SCHEMA PROPOSE PAR P. MINAIRE (1978). 57
4REPRÉSENTATION SCHÉMATIQUE DE **OMS-CIF** (*ANGL.*: WHO-FIC) 62
5 CADRE CONCEPTUELLE DE LA SANTÉ, OMS. 65
FIGURE 6 *LA CLASSIFICATION INTERNATIONALE DU FONCTIONNEMENT, DU HANDICAP ET DE LA SANTE* - **CIF** (OMS, 2001). 65
FIGURE 7 D'APRES LA *CLASSIFICATION INTERNATIONALE DU FONCTIONNEMENT DU HANDICAP ET DE LA SANTE* (CIF), (OMS 2002). 70
FIGURE 8 CONCEPTION ACTUELLE DES SITUATIONS DE HANDICAP - REPRESENTATION DES INTERVENTIONS VISANT A FAVORISER LA PARTICIPATION SOCIALE (M. DELCEY, APPUI SUR LE PPH QUEBECOIS). 85
FIGURE 9 D'APRES LA REVISION DE LA PROPOSITION QUEBECOISE DE LA CLASSIFICATION : PROCESSUS DE PRODUCTION DU HANDICAP, CQCIDIH-SCCIDIH, 1996) 86
10 NOMENCLATURE DES SERVICES EN FONCTION DES NIVEAUX DE LA HIERARCHISATION. 100
11 SERVICES DE PROXIMITE ET INTERSECTORIELS. 101
12 SERVICES DE CRISE – QUEBEC-METRO. 102

