Humanitaire
Enjeux, pratiques, débats

36 | 2013
Les humanitaires au défi des marges de nos villes

Le vieux rêve

Christopher McAll

Édition électronique
URL : https://journals.openedition.org/humanitaire/2799
ISSN : 2105-2522

Éditeur
Médecins du Monde

Édition imprimée
Date de publication : 1 octobre 2013
Pagination : 66-71
ISBN : 978-2-918392-67-8
ISSN : 1624-4184

Référence électronique
Christopher McAll, « Le vieux rêve », *Humanitaire* [En ligne], 36 | 2013, mis en ligne le 18 décembre 2013, consulté le 24 octobre 2022. URL : http://journals.openedition.org/humanitaire/2799

Tous droits réservés

Le vieux rêve

Par Christopher McAll

Une soirée du mois de septembre. André[1], qui a passé plusieurs années de sa vie dans la rue et dans les refuges et qui a un diagnostic de troubles mentaux modérés, est chez lui en train de réfléchir sur le chemin parcouru depuis qu'on lui a trouvé un appartement et qu'il est suivi par une équipe d'intervenants du projet Chez Soi[2] à Montréal. « J'étais chez moi, une fin de semaine, un samedi ou un dimanche soir, j'écoute de la musique, tranquille, j'étais là avec ma machine à coudre, j'avais un sac à dos à réparer, la musique était bonne, j'étais bien [...] un moment donné j'ai tout arrêté, puis j'ai fait un genre de pause puis je me sentais bien, c'est comme... le bonheur vient nous envahir, c'est comme on est bien, on est relax, on est détendu, je prends le temps d'explorer ou de regarder dans ce que je vis aujourd'hui : [...] ça dure pas longtemps, ça dure une heure, une heure et demie, puis après ça, c'est *voop* ! Mais j'ai pris le temps de le savourer. »

L'expérience d'André est assez typique de celle d'autres personnes faisant partie des groupes expérimentaux du projet Chez Soi, avec troubles mentaux modérés, selon leur propre évaluation, après dix-huit mois dans le projet. Comparativement à d'autres personnes avec des profils similaires qui font partie du groupe témoin (recevant les services habituels destinés aux personnes sans domicile), les participants du groupe expérimental sont plus susceptibles de dire en entretien que leur santé mentale s'est améliorée, qu'elles se sentent moins stressées, que leur santé physique s'est stabilisée, que leur consommation de médicaments et de drogues a diminué, qu'elles se sont fait de nouveaux amis, qu'elles ont renoué avec la famille, qu'elles sont moins exposées à la violence. En

1. Nom fictif.

2. Le projet de démonstration Chez Soi, fondé sur le modèle Housing First ou Logement d'abord, s'est déroulé sous l'égide de la Commission canadienne pour la santé mentale dans cinq villes canadiennes, dont Montréal, de 2010 à 2013. À Montréal, 469 personnes sans domicile avec des troubles mentaux sévères ou modérés ont participé au projet, 204 dans les groupes expérimentaux (avec suivi intensif dans le milieu ou suivi d'intensité variable et bénéficiant d'un logement subventionné) et 184 continuant à recevoir les services habituels. L'auteur de ce texte a été co-chercheur principal pour le projet à Montréal.

regardant de plus près ces témoignages d'une personne sur dix échantillonnée de manière randomisée sur les 469 participants au projet, on constate que l'impact du projet sur elles se joue à deux niveaux : matériel et relationnel.

L'approche Chez Soi touche directement les conditions matérielles de vie (notamment à travers l'accès rapide à un logement subventionné), mais aussi l'univers relationnel des personnes. Dans les premiers entretiens, au début du projet, les participants mettent l'accent autant (sinon davantage) sur leur sentiment de ne pas exister aux yeux des autres que sur les ruptures qu'elles ont vécues sur le plan relationnel, que sur leurs problèmes matériels d'existence. Contrairement à des interventions qui ont tendance à se limiter à la satisfaction des besoins matériels dans l'immédiat ou à l'accès à des traitements médicaux pour des problèmes urgents de santé, ce sur quoi les participants insistent après dix-huit mois dans le projet, est le fait d'être accompagné dans la vie quotidienne, de ne pas être jugé (sur la consommation d'alcool ou de drogues, par exemple), d'être obligé de prendre ses propres décisions et surtout d'être reconnu, avec son histoire, ses compétences, ses possibilités. Cet accompagnement s'ajoute à l'amélioration et à la stabilisation de leurs conditions matérielles de vie et au fait de se retrouver en logement.

Ce type d'approche place la personne au cœur de l'intervention, avec son expérience, sa réflexivité, sa responsabilité en matière de choix, tout en offrant un accompagnement afin de la soutenir dans ce qui est parfois une adaptation difficile. Si le projet semble avoir eu du succès, celui-ci est fondé sur deux types de reconnaissance : celle de la personne qui fait l'objet de l'intervention et de son savoir expérientiel (ainsi que de sa capacité de prendre ses propres décisions) et celle des intervenants et leur capacité de développer des pratiques cliniques et d'accompagnement inédites. Ces derniers ont pu créer, mettre à l'essai, adapter et ajuster des pratiques en accompagnant les participants, tout en profitant des conseils de pairs qui partagent l'expérience des participants et qui ont été incorporés dans le projet.

Certains éléments de l'approche Chez Soi, fondée sur la reconnaissance des savoirs expérientiels des populations concernées et des intervenants, et permettant une marge de liberté et de créativité dans les pratiques développées, se retrouvent ici et là dans les milieux associatifs et publics. Cependant, la tendance lourde – au Québec à tout le moins – va dans le sens contraire. Plus on est au bas de l'échelle, plus il y a tendance à ne pas prendre les gens au sérieux, à ne pas les écouter, à les infantiliser, à vouloir les prendre en charge, les

orienter, les juger, à penser pour eux. La même tendance se trouve du côté du regard projeté sur les intervenants, dont la marge de créativité et de liberté peut être restreinte par des programmes préconçus par des « experts », dont la caractéristique principale semble d'être loin des milieux de vie des populations concernées et de l'intervention.
Il y a le risque que l'État contribue ainsi à la reproduction des inégalités qu'il cherche à combattre (si tel est le cas). L'expression « lutter contre la pauvreté » revient souvent quand il s'agit d'intervenir auprès de populations vivant au bas de l'échelle au Québec. Mais contre quoi lutte-t-on au juste? Si la pauvreté est conçue comme une sorte de trou noir dans lequel tombent les individus quand ils sont au bout du rouleau (généralement grâce à leurs propres défaillances), « lutter » contre la pauvreté peut masquer une lutte qui est autrement plus importante : celle pour transformer les rapports sociaux inégalitaires qui sont producteurs de la pauvreté.

Inégalités et inexistence

L'histoire des inégalités sociales est marquée par trois types de rapports différents qui donnent lieu à des formes de stigmatisation et de discrimination particulières. Dans un cas, des groupes peuvent créer des chasses gardées pour exclure les autres, exerçant ainsi un monopole plus ou moins complet dans l'accès aux ressources. Que ce soit sur la base du genre, de l'âge, de l'appartenance ethnique (ou ethno-nationale), de la religion ou d'un autre critère d'appartenance, ce type de rapport émerge constamment et sous-tend aujourd'hui la relégation de certaines populations vers des emplois précaires et des zones résidentielles ghettoïsées. Contrairement à la vision dominante qui ne voit que des individus responsables de leur propre échec, cette lecture des inégalités oblige à tenir compte des responsabilités collectives dans le maintien des frontières et des territoires. Ce type de rapport, fondé littéralement sur l'exclusion, s'accompagne souvent d'un type de préjugé particulier : la diabolisation de l'autre exclu. Si au Moyen-Âge il s'agissait d'une diabolisation littérale (par exemple, dans le cas de l'antisémitisme ou de la chasse aux sorcières), on a tendance aujourd'hui à « criminaliser » les minorités exclues, quand elles ne sont pas vues comme des « terroristes » potentiels. Ce type de préjugé conforte, bien sûr, l'exclusion qu'elles subissent, « justifie » les gestes discriminatoires posés à leur égard et empêche de voir la responsabilité de celui ou de celle qui regarde.

Il y a d'autres types de rapports qui sont tout aussi centraux dans l'histoire des inégalités. Dans un cas, il s'agit de l'appropriation des personnes elles-mêmes, dans leur capacité de « servir », de travailler ou de reproduire (dans le cas des femmes). Il s'agit de l'appropriation du corps. Les rapports sociaux contemporains sont marqués par de multiples formes d'appropriation corporelle en lien, par exemple, avec des conditions de travail qui peuvent avoir des effets néfastes sur la santé et l'espérance de vie – et des effets bénéfiques pour ceux qui réussissent à éviter de telles conditions en faisant travailler les autres. Ce type de rapport s'accompagne aussi d'un type de préjugé qui revient constamment à travers l'histoire : que les corps des différents groupes de la société sont faits par la nature pour exercer les fonctions qui sont les leurs. Selon ce « racisme » du corps, les inégalités seraient fondées dans la nature et on n'y peut rien. Ce qu'on appelait la « race des pauvres » dans les années 1920 et qui aujourd'hui se voit accoler d'autres étiquettes (« BS » au Québec, « RMistes » en France) se fait toujours attribuer ce type de tare naturelle. Ce deuxième type de rapport inégalitaire, faisant appel à la « nature », peut mener au fatalisme et à l'inaction (que peut-on faire contre la nature ?). D'ailleurs, ce préjugé n'est pas le simple « reflet » du rapport, mais fait partie de ce dernier. Quand les conditions néfastes de travail et de vie générées par ce type de rapport d'appropriation produisent des effets en matière de santé, ces derniers deviennent des « preuves » supplémentaires quant au corps « défaillant » de la personne, expliquant, le cas échéant, son expulsion de l'univers du travail et son incapacité d'y retourner.

Il y a cependant un autre type de rapport inégalitaire qui est tout aussi important si on veut comprendre ce contre quoi il faut « lutter » : l'appropriation d'autrui dans sa capacité à réfléchir et à décider. À travers l'histoire, ce type de rapport sous-tend le statut juridique des femmes considérées comme « mineurs », l'infantilisation de peuples colonisés, le traitement des personnes âgées et tout rapport où l'« âme » d'autrui est sujette à appropriation. Le préjugé qui accompagne ce type de rapport peut être décrit comme le « racisme de l'esprit », l'idée étant que la population concernée a un manquement au niveau du cerveau, de sa capacité à raisonner, et qu'on doit penser et décider pour elle.

Un des traits marquants de l'histoire de l'État-providence est la conviction qu'on retrouve chez certains des fondateurs – chez Beveridge, par exemple, à la fin de la Seconde Guerre mondiale – que l'action de l'État doit être fondée sur le savoir des « experts », et que le simple citoyen ne peut rien y comprendre, étant donné la complexité du social. L'État-providence s'est développé ainsi avec un certain mépris à l'égard des savoirs d'expérience et en consacrant

l'idée que politiques et programmes doivent être conçus et décidés « en haut » de la structure bureaucratique, pour ensuite être appliqués « en bas ». L'action de l'État ainsi conçue risque de correspondre au troisième type de rapport social inégalitaire mentionné ici, fondé sur l'infantilisation d'autrui et la nécessité de penser pour lui et de prendre les décisions à sa place.

Les témoignages des participants au projet Chez Soi suggèrent qu'il y ait un autre type de rapport social inégalitaire qui aille au-delà de la création de chasses gardées et de l'appropriation du « corps » ou de l'« âme ». Dans ce cas, on n'existerait plus du tout aux yeux des autres, ou seulement en tant qu'un problème immédiat à résoudre en fonction des ressources ou services existants. On passerait ici du rapport social inégalitaire (où il y a quand même un rapport assumé) au déni de tout rapport, à une inexistence sociale (aux yeux des autres) d'autant plus prononcée que le dénuement lui-même est visible et dérangeant. Évidemment, ce non-rapport est tout aussi « rapport » que les autres, marqué par l'évitement et avec, comme préjugé, l'inexistence projetée sur la personne.

Le risque

Comment mieux enraciner les services publics dans les savoirs expérientiels des populations et des intervenants et éviter de reproduire les rapports sociaux inégalitaires qu'on prétend vouloir combattre ? Dans le cas du projet Chez Soi à Montréal, l'expérimentation d'autres façons de faire a un caractère exceptionnel, fondé en partie sur les manquements apparents du système en place. On peut penser que ce moment d'exception va passer et que le fonctionnement « normal » va reprendre ses droits. L'aspect exceptionnel peut aussi donner lieu à l'idée que ce qui se crée n'est pas généralisable à d'autres populations (dont la situation est moins critique). Cependant, ce contexte d'exception, permettant l'émergence de pratiques alternatives, peut aussi être vu comme l'ouverture d'une brèche dans des façons de faire marquées par la bureaucratisation et la hiérarchisation.

Cela fait maintenant plus que quarante ans que le réseau de la santé et des services sociaux au Québec s'est reconstruit autour de centres de santé et de services sociaux ancrés dans les communautés locales. Les cliniques populaires et l'activisme social qui ont caractérisé les quartiers populaires à Montréal vers la fin des années 1960 et au début des années 1970 ont été une des sources d'inspiration pour ces centres multidisciplinaires. Dès le début, médecins, infirmières, travailleurs sociaux, psychologues, organisateurs communautaires, ergothérapeutes et d'autres

catégories professionnelles, souvent avec un engagement social provenant de leur expérience passée, assurent des services de proximité à la population résidant sur le territoire. Depuis 2004, ces centres ont été fusionnés et se sont complexifiés, intégrant – en plus de la gamme de services dits de première ligne dans la communauté –, des centres d'hébergement et de soins de longue durée et, dans certains cas, un hôpital avec une mission « communautaire ».

Il y a ainsi, au cœur du réseau de santé québécois, une conception de l'intervention en santé et services sociaux qui a été inspirée en partie par l'action militante de professionnels engagés dans les communautés locales. On a tendance à se plaindre de la bureaucratisation du réseau à travers le temps, de sa difficulté à se transformer et à rester près de la population, de sa lourdeur en matière de gestion et parfois, de la non-pertinence des programmes imposés d'en haut. Le projet Chez Soi a démontré cependant qu'il est possible d'expérimenter, à l'intérieur du système public, d'autres façons de faire qui innovent sur le plan de l'accès rapide au logement, de la reconnaissance, de l'absence de jugement, de l'autonomie et de l'accompagnement. Ce type d'approche remet en question la conception des populations comme de simples récepteurs de services (des « clients ») et la conception des intervenants comme de simples exécutants de programmes.

Jusqu'à quel point peut-on prendre le « risque » d'intégrer reconnaissance, absence de jugement, respect de l'autonomie et le principe d'accompagnement dans le fonctionnement de nos services publics ? Comment créer des « espaces de citoyenneté » au cœur du système et réaliser de ce fait le vieux rêve qui était à l'origine du réseau public mis en place au Québec dans les années 1970 – réseau qui se voulait ancré localement et cogéré par les citoyens en fonction de leurs propres préoccupations ? Il s'agirait non pas de « lutter contre la pauvreté » vue comme la conséquence de problèmes individuels, mais de reconnaître l'existence de rapports sociaux inégalitaires et de les transformer, tout en reconnaissant que les services sociaux et de santé font partie de ces rapports. C'est justement parce qu'ils en font partie qu'ils peuvent participer à leur transformation.

L'auteur

Christopher McAll est directeur scientifique du CREMIS (Centre de recherches de Montréal sur les inégalités sociales et les discriminations) et directeur du département de sociologie de l'université de Montréal. Il s'intéresse aux inégalités sociales, aux discriminations, au racisme, aux pratiques alternatives de citoyenneté, à la sociologie du langage et à l'histoire de la pensée sociale.