le partenaire

Volume 31 - N° 1, Hiver 2025

Visages de la rupture sociale



La Salle, Daniel
Régir la révolte, 2013

L'Association québécoise pour la réadaptation psychosociale

Comité éditorial

Michel Gilbert
Psychoéducateur, retraité du réseau de la santé

Diane Harvey
Directrice générale, Association québécoise pour la réadaptation psychosociale

Marie-Hélène Morin
Travailleuse sociale, professeure-chercheure en travail social, Département de psychologie et travail social, Université du Québec à Rimouski

Michèle Clément
Chercheure retraitée du centre de recherche VITAM de l'Université Laval

Jessica Sotto
Directrice générale de l'organisme Diogène

Luce Assad
Intervenante au sein du milieu communautaire en santé mentale depuis 25 ans

Édition

Richard Langlois
Éditeur de la revue le partenaire, AQRP

Cassia Narbonne
Éditrice de la revue le partenaire, AQRP

Marc St-Martin
Éditeur intérimaire de la revue le partenaire, AQRP

Œuvre en couverture :
Daniel La Salle, Régir la révolte, 2013

Révision des textes

Judith Tremblay
Réviseure, Affaires de style

Graphisme

Josiane Picard
Graphiste, Raise Solutions marketing numérique inc.

Impression

Copies
ISSN : 1188 - 1607

Siège Social

AQRP
2380, avenue Mont-Thabor, bureau 205
Québec (QC)
G1J 3W7
www.aqrp-sm.org

Abonnement

www.aqrp-sm.org/lepartenaire

418-532-4190 poste 223

Les revues sont disponibles sur notre site!

VINCENT ET MOI

Vincent & moi l'Art en tête

vincentetmoi.com

L'Artiste

Daniel La Salle a fait partie du Programme d'accompagnement artistique Vincent et moi pendant plus de sept ans. Artiste très impliqué, il s'est fait un point d'honneur de partager son amour pour l'art visuel en participant à plusieurs événements et activités de médiation au fil du temps et a été un des porte-paroles du programme aux côtés de son fondateur, monsieur François Bertrand. Au cours de ses années d'activités, Daniel La Salle a fait don de treize œuvres à la Collection Vincent et moi du CIUSSS de la Capitale Nationale.



L'Œuvre

Régir la révolte. Daniel La Salle. Œuvre de 2013, acquise lors de la sélection annuelle.
Huile et acrylique sur toile représentant une foule stylisée.

Mission de Vincent et moi

Vincent et moi est un programme qui place l'art au centre de ses actions afin de favoriser le développement, la rencontre et le mieux-être, en réponse à des besoins individuels et collectifs. Acteur important des domaines de la santé mentale et des arts visuels depuis sa fondation en 2001, le programme mise sur la portée et les bienfaits de l'art pour contribuer au développement, au bien-être et au rétablissement des personnes qui vivent avec des enjeux de santé mentale.

Carnet de l'éditrice

Rupture sociale et désaffiliation

Pour le présent numéro, nous nous sommes penchés sur ce qui se rompt dans nos liens sociaux et ce qui fait en sorte que certaines personnes se désaffilient. Avec ce thème en tête, nous avions de grandes espérances. Nous voulions en effet comprendre pourquoi un certain nombre de personnes connaîtront un parcours de vie satisfaisant alors que d'autres, à l'inverse, se retrouveront en perte d'appartenance au courant de leur vie. La question n'est pas encore totalement élucidée. Nous avons toutefois apporté plusieurs éléments de réflexion qui, nous le souhaitons, pourront jeter quelque lumière sur cet épineux sujet qui doit être encore approfondi, à la fois individuellement et collectivement.

Nous nous sommes tout d'abord demandé d'où provenaient les ruptures à l'origine de cette désaffiliation. Ce n'est pas un phénomène qui se produit soudainement, mais bien par étapes, en raison de plusieurs bris mineurs qui se cumulent. On pourrait établir le parallèle avec le cas d'une société en évolution, qui peut faire des choix pour aller progressivement vers une inclusion plus grande, ou au contraire accroître les écarts entre ses citoyens. Un texte fort de Janie Houle mettra en contexte les déterminants sociaux et les politiques sociales pouvant influencer le parcours de vie des personnes. On pense alors à des thèmes comme la pauvreté, l'éducation, l'accès au logement et d'autres encore. Les personnes vulnérables ont des conditions de vie qui les placent souvent à l'intersection de différents vecteurs de vulnérabilité, ce qui se traduit par une accentuation des risques de désaffiliation sociale.

Puis, nous avons rassemblé quatre auteurs qui abordent par divers axes la rupture sociale : à commencer par celui de la jeunesse, avec un texte d'Annie Fontaine énonçant une perspective où le passage de l'adolescence à l'âge adulte est influencé par les politiques sociales visant typiquement ce carrefour de la vie. Le deuxième article, sous la signature de Léonie Couture et d'Ann-Gaël Whiteman, se penche sur la condition féminine, le traumatisme systémique, de même que la santé relationnelle chez les femmes vivant une expérience de désaffiliation. Ce texte sera suivi par un article de Jacques Roy sur la rupture sociale vécue au masculin, traitant à la fois de l'identité masculine et des interventions à privilégier auprès des hommes. Nous abordons également la réalité de la pluralité de genre, plus particulièrement en ce qui concerne les identités trans et non binaires, à travers l'article d'Abdelhakim Missoum, en relevant l'importance d'une approche transaffirmative.

En lisant ce nouveau numéro du partenaire, vous serez initié à la vision de Steve Dubois, un franc-tireur au long parcours dans le milieu communautaire qui se posera la question suivante : Sommes-nous en rupture sociale? À sa suite, nous nous demanderons s'il y aurait matière à réfléchir autrement nos rapports. En invitant les citoyens à manifester davantage de respect vis-à-vis de leurs pairs et des conditions de chacun, en habitant le monde avec un regard plus poétique, une réinvention du tissu social serait-elle possible?

En finale de ce numéro, vous rencontrerez Rose. Ce sera l'occasion, à travers le regard de Michel Simard, de tracer le portrait d'une personne autour de laquelle on a voulu retisser les mailles d'un filet social, relevant au passage le rôle crucial que joue la collectivité dans le soutien des personnes désaffiliées.

Nous sommes heureux de vous présenter cette nouvelle publication.
Bonne lecture et surtout, bonne poursuite de vos réflexions!



Cassia Narbonne
Éditrice de la revue
le partenaire (depuis août 2024)



Richard Langlois
Éditeur de la revue
le partenaire (septembre 2023 - septembre 2024)

Dans ce numéro

Chronique du franc-tireur
Sommes-nous en rupture sociale? 7
Steve Dubois, directeur, AGIR en santé mentale

La santé mentale, ce n'est pas juste une question de génétique ou de comportements individuels : introduction aux déterminants sociaux de la santé 10
Dre Janie Houle, Ph. D., psychologue communautaire; professeure titulaire, Département de psychologie, Université du Québec à Montréal

Le passage à la vie adulte : un carrefour de possibles et de contraintes 16
Annie Fontaine, professeure agrégée, École de travail social et de criminologie de l'Université Laval

La condition féminine : sécurité, trauma systémique et santé relationnelle 26
Léonie Couture, C. M., C. Q., présidente fondatrice, La rue des femmes
Ann-Gaël Whiteman, directrice du développement de la santé relationnelle, La rue des femmes

La rupture sociale au masculin. Un défi pour les pratiques en réadaptation psychosociale 32
Jacques Roy, sociologue; professeur associé, Université du Québec à Chicoutimi; chercheur, Pôle d'expertise et de recherche en santé et en bien-être des hommes

Réadaptation et désaffiliation sociale : vers une approche transaffirmative pour les personnes trans 35
Abdelhakim Missoum, MIT, candidat au doctorat, Département de sciences de la santé communautaire, Université de Sherbrooke

Lorsque le tissu social se délite 41
Michel Simard, consultant chercheur, Centre de recherche de Montréal sur les inégalités sociales, les discriminations et les pratiques alternatives de citoyenneté (CREMIS)

Chronique du Franc-Tireur

Sommes-nous en rupture sociale?



Steve Dubois
Directeur de l'AGIR
en santé mentale

Acteur engagé du milieu communautaire en santé mentale, possédant un parcours académique multidisciplinaire, de même que des expériences et implications variées.

On m'a demandé d'écrire sur le thème de la rupture sociale. Un court texte pour un sujet qui mériterait d'être déplié longuement. Aussi, qui mériterait d'être quelque peu poétisé. Car tant qu'à se plonger dans l'écriture, il serait plutôt souhaitable de le faire à la façon de l'artisan. C'est-à-dire de prendre le temps – au-delà de la simple tâche à réaliser – de se mettre à l'œuvre pour entrer dans une quête visant un surcroît de beauté pour le monde.

Qu'est-ce au juste que la rupture sociale? J'ai creusé en moi la question puis j'ai aussi creusé Internet. Oh là là! Sur Internet, c'est peu joli! Il est vrai que l'expression « rupture sociale » est forte, plutôt sensationnaliste, effrayante même! Juxtaposer les mots « rupture » et « social », voilà un assemblage qui paraît plutôt antagoniste. Une figure de style que l'on nomme « opposition ».

Bien que dans la notion de rupture sociale on retrouve le mot « social », de manière générale sur le réseau Internet, ce concept est individualisé. Cela a pour effet de laisser place à une autre façon d'exclure et de stigmatiser, de diviser la population. Il y aurait ainsi d'un côté de bons citoyens, parfaitement adaptés à la norme et méritant leur place au sein du social, et de l'autre, ceux qui font rupture, qui sortent des précieux rangs des idéaux culturels. Il y a là un potentiel clivage déshumanisant, réduisant et assimilant l'autre (ou un sous-groupe) à une problématique. Et par la notion de rupture, telle une scission, les personnes et problématiques visées semblent mises à distance, et même éjectées hors du social.

Mais du « hors social » peut-il réellement exister? Peut-on vraiment croire qu'en classant le monde, en rangeant et en ordonnant chacun, il sera possible de créer un équilibre statique permettant d'oublier les problématiques sociales? Pourra-t-on se sentir justifié d'être insensible à la réalité de l'autre, de se dédouaner de ses responsabilités en prétextant que le monde est ainsi classé, normalisé? Chacun étant dans sa petite boîte, rien ne dépasse et n'affecte le regard?

Mais du « hors social » peut-il réellement exister? Peut-on vraiment croire qu'en classant le monde, en rangeant et en ordonnant chacun, il sera possible de créer un équilibre statique permettant d'oublier les problématiques sociales?

Pour ma part, la notion de rupture sociale est à considérer socialement et non individuellement. Je m'interroge, par exemple, sur l'engagement de l'État et des citoyens, sur nos façons de combattre les inégalités sociales plutôt que de les reproduire. Sur nos manières de penser la santé globale. Je vois que l'on manque de temps pour tout, pour faire du bon, du beau, du poétique. Du travail d'artisan. Je vois que l'on manque de temps pour échanger sur des sujets sérieux. Que nous manquons de temps pour entrer en relation avec une qualité de présence à soi, à l'autre, au contexte. Dans ce sens, nous sommes tous un peu reproducteurs d'une certaine rupture sociale que nous mettons de l'avant. Et comme nous sommes un peu tous responsables et contributifs, il se peut qu'il soit d'autant plus difficile d'agir pour changer nos manières de faire.

La santé, ce n'est pas l'absence de maladie, mais le bien-être physique, mental et social. Une chose qu'on a oubliée collectivement, c'est qu'on est en meilleure santé si le voisin est aussi en bonne santé, et si les inégalités sociales sont moins importantes.

Je m'interroge aussi personnellement. Chaque fois que j'organise une réunion en ligne, je me dis que je passe à côté. Que socialement, je contribue à nous priver d'un moment précieux de contact, de relation, d'un réel rapport à l'autre, aux autres.
D'un corps-à-corps sensible. À quand les soirées de danse sociale sur Zoom?

Dernièrement, j'ai été frappé par le débat sur l'idée d'abolir le changement d'heure saisonnier.
Il y a eu des consultations sur les préférences entre l'heure avancée ou l'heure dite normale. À l'encontre des préférences populaires, des chercheurs avançaient que scientifiquement, nous devrions privilégier l'ensoleillement matinal pour être plus productifs. Encore une fois, le monde est gouverné par l'économie, la productivité, l'entrepreneuriat, les échanges commerciaux. Pourquoi ne pas choisir l'heure qui permettrait plus de socialisation? Pourquoi pas davantage d'apéros et moins de boulot?

Je crois que nous avons tous à réfléchir à nos manières de cohabiter les uns avec les autres. Nous avons à considérer que le réel se construit par les interrelations, en dialogue, dans de l'intersubjectivité. Nous avons à croire que par notre commune humanité, chacun a son importance. Je suis aussi préoccupé par l'inclusivité poussée à l'extrême, qui devient parfois de l'indifférence. À l'heure d'un monde postmoderne divisé et mondialisé, nous avons possiblement à saisir que dans la culture (au sens anthropologique) nous échappe une part de balises qui permettaient autrefois une meilleure cohésion sociale. Il nous appartient à tous de construire de nouvelles solutions, face à une nouvelle époque qui met au défi l'humain.

Pour conclure, je dépose ici des mots de Laurence Monnais, professeure en histoire de la santé: « La santé, ce n'est pas l'absence de maladie, mais le bien-être physique, mental et social. Une chose qu'on a oubliée collectivement, c'est qu'on est en meilleure santé si le voisin est aussi en bonne santé, et si les inégalités sociales sont moins importantes ».



La santé mentale, ce n'est pas juste une question de génétique ou de comportements individuels

Introduction aux déterminants sociaux de la santé



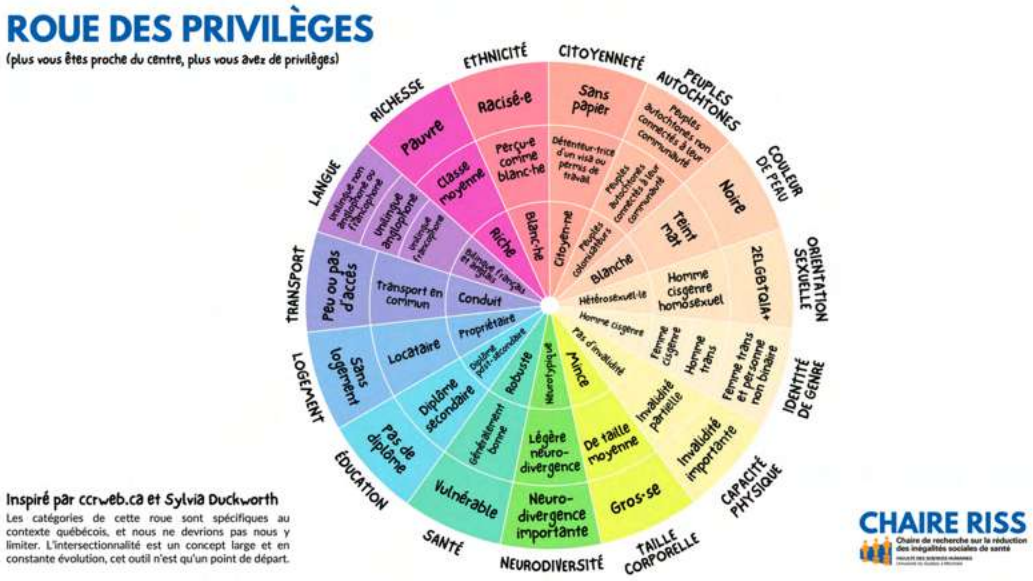
D^re^ Janie Houle, PH. D.,
psychologue communautaire;
professeure titulaire,
Département de psychologie,
Université du Québec à Montréal

Janie Houle est psychologue communautaire, professeure titulaire au département de psychologie de l'UQAM et titulaire de la Chaire de recherche sur la réduction des inégalités sociales de santé. Ses travaux de recherche, menés en étroite collaboration avec des personnes en situation de défavorisation socioéconomique, portent sur les déterminants sociaux de la santé et les politiques publiques.

Prendre soin de sa santé mentale, c'est essentiel. Vous accomplissez sans doute plusieurs gestes au quotidien avec cet objectif en tête.
Qu'il s'agisse de prendre le temps de faire de l'activité physique, de méditer, de dormir suffisamment ou de voir des personnes que vous aimez, tous ces comportements individuels vous permettent d'entretenir une bonne santé mentale. Cependant, au-delà de ce que vous faites concrètement, les conditions matérielles et sociales dans lesquelles vous vivez exercent également une influence considérable et souvent sous-estimée sur votre état de santé mentale. Les études montrent que 60 % de l'état de santé des populations sont déterminés par l'environnement physique, social et économique (Institut national de santé publique du Québec, 2024). C'est beaucoup plus que la biologie et la génétique (15 %) ou que les soins prodigués par le système de santé (25 %).

Les déterminants sociaux de la santé sont « les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent, ainsi que les systèmes de soins qui leur sont offerts » (Commission sur les déterminants sociaux de la santé, juin 2008, p. 3). Parmi les déterminants sociaux de la santé les plus influents, on trouve le revenu, l'emploi occupé et le milieu de travail, l'habitation et le quartier dans lequel elle est située, l'accès à des espaces verts et de socialisation, les moyens de transport, les commerces et les services.
Ces déterminants sociaux sont des ressources qui influent de manière importante sur le maintien d'une bonne santé mentale et sur le rétablissement suivant un épisode plus difficile. Or, ces ressources ne sont pas distribuées équitablement au sein de la population. Certaines personnes en reçoivent beaucoup plus que d'autres.

Les études montrent que 60 % de l'état de santé des populations sont déterminés par l'environnement physique, social et économique (Institut national de santé publique du Québec, 2024). C'est beaucoup plus que la biologie et la génétique (15 %) ou que les soins prodigués par le système de santé (25 %).



Inspiré par ccrweb.ca et Sylvia Duckworth
Les catégories de cette roue sont spécifiques au contexte québécois, et nous ne devrions pas nous y limiter. L'intersectionnalité est un concept large et en constante évolution, cet outil n'est qu'un point de départ.

CHAIRE RISS
Chaire de recherche sur la réduction des inégalités sociales de santé

La roue des privilèges (figure ci-haut) montre qu'on peut être à la fois privilégié sur certains aspects, mais désavantagé sur d'autres. Ces privilèges ou désavantages vont moduler notre capacité à obtenir ou non des conditions de vie favorables à la santé.

Cette répartition inégale des ressources et de la richesse crée des inégalités sociales de santé, c'est-à-dire des écarts dans l'état de santé de certains groupes sociaux, en fonction de leur position dans la hiérarchie sociale. Ainsi, plus on s'élève dans la hiérarchie sociale, plus notre état de santé est bon et notre espérance de vie élevée. À l'inverse, plus on descend dans la hiérarchie sociale, moins bon est notre état de santé et moins longue notre espérance de vie (Chetty et autres, 2016; Mackenbach et autres, 2019; Stringhini et autres, 2017). C'est ce qu'on appelle le « gradient social de la santé ». Ce gradient influence autant le risque de contracter une maladie que la probabilité de s'en rétablir (Allen et autres, 2014; Alegria et autres, 2018).

Notre position dans la hiérarchie sociale est déterminée par différents facteurs, dont notre niveau d'éducation, l'emploi que nous occupons, le revenu dont nous disposons. Elle est aussi influencée par certaines de nos caractéristiques personnelles, comme la couleur de notre peau, notre genre, notre orientation sexuelle, notre appartenance à un groupe minoritaire. En effet, ces caractéristiques sont associées à des privilèges ou à des désavantages non mérités, c'est-à-dire qu'ils ne sont pas dus à 100 % à nos efforts personnels (Nixon, 2019). La roue des privilèges (figure ci-haut) montre qu'on peut être à la fois privilégié sur certains aspects, mais désavantagé sur d'autres. Ces privilèges ou désavantages vont moduler notre capacité à obtenir ou non des conditions de vie favorables à la santé. Par exemple, la santé des personnes appartenant à des groupes minoritaires est affectée par le fait qu'elles ont accès à un revenu moindre et à des conditions de travail et d'habitation inférieures à celles du groupe majoritaire, en plus de vivre dans des quartiers moins favorables à la santé et de subir de la discrimination (Williams et autres, 2024; Gajaria, Guzder et Rasasingham, 2021).

Or, si les conditions de vie matérielles et sociales dans lesquelles nous vivons influencent grandement notre santé mentale, ces déterminants ne sont que des intermédiaires. Les causes profondes des inégalités sociales de santé sont structurelles (Dawes, 2020).

Elles résident, d'une part, dans les systèmes d'oppression, comme le racisme, le sexisme, le classisme, le colonialisme, l'homophobie et la transphobie, qui désavantagent systématiquement certains groupes au bénéfice d'autres (Carde, 2021; Kirmayer et autres, 2020). Par ailleurs, elles relèvent des politiques publiques qui déterminent comment seront allouées les différentes ressources dont nous disposons collectivement (Lundberg et autres, 2008 et 2010). Les gouvernements ont donc un rôle primordial à jouer dans la santé de la population et ce rôle va bien au-delà du financement et de l'organisation des services de santé eux-mêmes.

> Or, si les conditions de vie matérielles et sociales dans lesquelles nous vivons influencent grandement notre santé mentale, ces déterminants ne sont que des intermédiaires. Les causes profondes des inégalités sociales de santé sont structurelles (Dawes, 2020).

Les politiques d'assistance sociale sont un exemple de politique publique opérant à l'extérieur du secteur de la santé, mais qui affecte néanmoins celle-ci de manière importante. Cette aide financière de dernier recours est accordée aux personnes n'étant pas en mesure de subvenir à leurs besoins en raison de leur incapacité à occuper un emploi à temps plein sur le marché du travail. Des problèmes de santé physique et mentale sont souvent à l'origine de cette incapacité (Boucher et autres, 2019; Landry, Letellier et autres, 2023), mais les conditions de vie délétères (stress chronique, insécurité résidentielle et alimentaire, etc.) causées par l'insuffisance des prestations compromettent également la santé de ces personnes (Shahidi et autres, 2018 et 2019; Sod-Erdene et autres, 2019). Au Québec, les prestations d'assistance sociale sont largement inférieures à la Mesure du panier de consommation (MPC),

> Les politiques d'assistance sociale sont un exemple de politique publique opérant à l'extérieur du secteur de la santé, mais qui affecte néanmoins celle-ci de manière importante.

> Les politiques d'habitation sont un autre exemple de politiques publiques qui ont un effet marqué sur la santé de la population.

pourtant considérée comme le minimum nécessaire pour couvrir les besoins de base, comme se loger, se nourrir, se vêtir et se déplacer. Il s'agit d'un choix politique lourd de conséquences. Ainsi, une personne considérée sans contrainte à l'emploi (même si des contraintes sont généralement présentes, mais non reconnues officiellement par un professionnel de la santé) reçoit une prestation de 807 $ par mois (environ 46 % de la MPC). Même les personnes affectées par une contrainte sévère à l'emploi reconnue officiellement depuis plus de 5 ans et demi et qui bénéficient du nouveau Programme de revenu de base ne reçoivent que 87 % de la MPC. En plus de ce faible revenu chronique, les personnes qui reçoivent des prestations d'assistance sociale font l'objet d'une stigmatisation importante qui nuit aussi à leur santé et à leur inclusion sociale (Bray et autres, 2020; Langlois et Gaudreault, 2019; Landry et autres, 2021 et 2023; Lizotte, Marois et Bernard, 2020; Samson, 2021; Whittle et autres, 2017). Celles qui se situent à l'intersection d'autres identités dévalorisées socialement, comme les personnes immigrantes, racisées, autochtones, LGBTQ2+ ou qui vivent des difficultés de santé mentale, subissent encore plus de préjugés (Atrey, 2018; Edwards, 2010; Lapham et Martinson, 2022; Whittle et autres, 2017).

Les politiques d'habitation sont un autre exemple de politiques publiques qui ont un effet marqué sur la santé de la population. Au Québec, les politiques actuelles font en sorte qu'il y a un déficit considérable de logements sociaux à but non lucratif pour loger les ménages à plus faible revenu et que les mécanismes de contrôle sur le marché privé sont insuffisants pour protéger les ménages des hausses abusives du montant des loyers (Gaudreau, Hébert, et Posca, 2020). Des ménages sont contraints de vivre dans des logements insalubres, inabordables ou trop étroits pour leurs besoins, ce qui a des conséquences négatives sur leur santé et leur bien-être (Raynault, Tessier et Thérien, 2015).

L'augmentation des dépenses sociales est associée à une réduction de la morbidité et de la mortalité, pas celle des dépenses en santé.

Comme le paiement du loyer est une dépense incompressible, les ménages moins nantis doivent couper sur les autres dépenses essentielles et se retrouvent dans une situation d'insécurité alimentaire très nocive pour la santé (Fournier, 2022). Certains ménages se retrouvent même à la rue.

La santé mentale et le bien-être sont donc largement influencés par les structures sociales qui répartissent la richesse et les ressources. La générosité des politiques publiques – incluant celles de la sécurité du revenu (assistance sociale, chômage, prestations d'invalidité, pension de vieillesse…) et des services publics (politiques familiales, politiques d'habitation…) – est la variable la plus associée à l'espérance de vie dans 30 pays (Jacques et Noël, 2022). L'augmentation des dépenses sociales est associée à une réduction de la morbidité et de la mortalité, pas celle des dépenses en santé (Liu et Dutton, 2021; Dutton et autres, 2018).

Une recension des politiques à privilégier pour réduire les inégalités sociales de santé identifie les politiques suivantes comme étant les plus prometteuses :

- assurer un accès équitable aux services de garde éducatifs de qualité;
- mettre en place un système d'éducation public qui combat les iniquités;
- offrir un salaire minimum plus élevé et de meilleures protections et avantages sociaux pour les travailleuses et travailleurs à faible revenu;
- bonifier les prestations d'assistance sociale, sans égard à la capacité de travail;
- offrir un accès accru aux logements sociaux et abordables;
- bonifier le financement des organismes communautaires.

(Quesnel-Vallée, 2022)

En résumé, en plus de continuer à prendre soin de sa santé mentale au quotidien par des comportements individuels positifs, il pourrait être souhaitable d'appuyer ou de joindre des démarches collectives visant à améliorer les déterminants structurels et sociaux de la santé. S'impliquer dans des causes qui nous tiennent à cœur, c'est bon pour la santé (Klar et Kasser, 2009; Eiroa-Orosa et Lomascolo, 2018) et vivre dans une société plus équitable, c'est bénéfique pour tout le monde… même les plus riches (Wilkinson et Pickett, 2009).



Références bibliographiques

Alegria, M. et autres. (2018). « Social determinants of mental health : Where we are and where we need to go », *Current Psychiatry Reports*, 20, 95.

Allen, J. et autres. (2014). « Social determinants of mental health », *International Review of Psychiatry*, 26(4), 392-407.

Atrey, S. (2018). « The intersectional case of poverty in discrimination law », *Human Rights Law Review*, 18, 411-440.

Boucher, M.-P. et autres. (2019). « *J'ai travaillé pendant 17 ans pour fuck all* : Rapport au travail et barrières à l'emploi des personnes assistées sociales », *Cahiers de recherche sociologique,* (66-67), 229-254.

Bray, R. et autres. (2020). « Realising poverty in all its dimensions: A six-country participatory study », *World Development*, 134, 1-10.

Carde, E. (2021). « Les inégalités sociales de santé au prisme de l'intersectionnalité », *Sciences sociales et santé*, 39(1), 5-30.

Chetty, R. et autres. (2016). « The association between income and life expectancy in the United States, 2001-2014 », *JAMA*, 315(16), 1750-1766.

Commission sur les déterminants sociaux de la santé. (2008). *Résumé analytique du rapport final. Combler le fossé en une génération. Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*, Organisation mondiale de la santé.

Dawes, D. E. (2020). *The political determinants of health*, Baltimore, John Hopkins University Press.

Dutton, D. J. et autres. (2018). « Effect of provincial spending on social services and health care on health outcomes in Canada: An observational longitudinal study », *Canadian Medical Association Journal*, 190(3), E66-E71.

Edwards, J.-B. (2010). « The intrapsychic psychological binds of poverty and race: The intersection of mind and milieu », *Social Work in Public Health*, 34(1), 2-21.

Eiroa-Orosa, F. J. et M. Lomascolo. (2018). « Training mental health activists increases the well-being of participants with high baseline levels of self-stigma: Results of the Obertament training evaluation », *American Journal of Orthopsychiatry*, 88(6), 617-625.

Fournier, F. (2022). *La faim justifie les moyens. S'engager à réduire durablement et à prévenir l'insécurité alimentaire des ménages au Québec*, Montréal, Observatoire québécois des inégalités.

Gajaria, A., J. Guzder et R. Rasasingham. (2021). « What's race as to do with it? A proposed framework to address racism's impacts on child and adolescent mental health in Canada », *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30(2), 131-137.

Gaudreau, L., G. Hébert et J. Posca. (2020). *Analyse du marché de l'immobilier et de la rentabilité du logement locatif*, note socioéconomique, Institut de recherche et d'information socioéconomique.

Institut national de santé publique du Québec. (2024). *Déterminants de la santé*, site consulté le 3 octobre, [En ligne], https://www.inspq.qc.ca/exercer-la-responsabilite-populationnelle/determinants-sante.

Jacques, O. et A. Noël. (2022). « Welfare state decommodification and population health », *Plos One*, 17(8), e0272698.

Kirmayer, L. J. et autres. (2020). *Un appel à l'action en matière de racisme et de justice sociale en santé mentale. Déclaration de principe*, Association des psychiatres du Canada.

Klar, M. et T. Kasser. (2009). « Some benefits of being an activist: Measuring activism and its role in psychological well-being », *Political Psychology*, 30, 755-777.

Landry, N., A. Blanchet et autres. (2021). « Représentations médiatiques et opinion publique de l'assistance sociale au Québec », *Nouvelles pratiques sociales*, 32(1), 84-112.

Landry, N., A. S. Letellier et autres. (2023). « Invisibilisées et déconsidérées : Autoreprésentations de personnes assistées sociales au Québec », *Communiquer*, [En ligne], https://r-libre.teluq.ca/3021/, 36.

Langlois, S. et D. Gaudreault. (2019). « Représentations sociales de la pauvreté et des inégalités au Québec », *Recherches sociographiques*, 60(2), 429-458.

Lapham, J. et M. L. Martinson. (2022). « The intersection of welfare stigma, state contexts and health among mothers receiving public assistance benefits », *SSM Population Health*, 18, 1-9.

Liu, T. et D. J. Dutton. (2021). « With great inequality comes great responsibility: The role of government spending on population health in the presence of changing income distributions », *Canadian Journal of Public Health, 112(2)*, 199-209.

Lizotte, M., A. Marois et O. Bernard. (2020). *Les préjugés à l'égard des personnes en situation de pauvreté et leurs impacts sur l'exclusion sociale au Québec*, rapport de recherche déposé au Centre d'étude sur la pauvreté et l'exclusion (CEPE).

Lundberg, O. et autres. (2010). « The potential power of social policy programmes: Income redistribution, economic resources and health », *International Journal of Social Welfare*, 19, S2-13.

Lundberg, O., M. Aberg Yngwe et autres. (2008). « The role of welfare state principles and generosity in social policy programmes for public health: An international comparative study », *Lancet*, 372, 1633-1640.

Mackenbach, J. P. et autres. (2019). « Determinants of inequalities in life expectancy: An international comparative study of eight risk factors », *Lancet Public Health*, 4, e529-537.

Nixon, S. A. (2019). « The coin model of privilege and critical allyship: Implications for health », *BMC Public Health*, 19, 1637.

Quesnel-Vallée, A. et autres. (2022). Politiques sociales favorisant la redistribution de la richesse : Options pour le contexte québécois, rapport de recherche du Programme Actions concertées du FRQSC.

Raynault, M. F., S. Tessier et F. Thérien. (2015). Pour des logements salubres et abordables. Rapport du directeur de santé publique de Montréal, Direction régionale de santé publique de Montréal.

Samson, E. (2021). Les préjugés : Un obstacle majeur à la lutte contre la pauvreté. Avis pour en comprendre la nature, les sources, les effets, et pour développer des indicateurs de mesure, Centre d'étude sur la pauvreté et l'exclusion (CEPE).

Shahidi, F. V., C. Ramraj et autres. (2019). « The impact of social assistance programs on population health: A systematic review of research in high-income countries », BMC Public Health, 19, 2.

Shahidi, F. V., O. Sod-Erdene et autres. (2018). « Government social assistance programmes are failing to protect the health of low-income populations: Evidence from the USA and Canada (2003-2014) ». Journal of Epidemiology and Community Health, 73, 198-205.

Sod-Erdene, O. et autres. (2019). « Is social assistance boosting the health of the poor? Results from Ontario and three countries », Canadian Journal of Public Health, 110, 386-394.

Stringhini, S. et autres. (2017). « Socioeconomic status and the 25x25 risk factors as determinants of premature mortality: A multicohort study and meta-analysis of 1,7 million men and women », Lancet, 389, 1229-1237.

Whittle, H. J. et autres. (2017). « The land of the sick and the land of the healthy: Disability, bureaucracy, and stigma among people living with poverty and chronic illness in the United States », Social Science & Medicine, 190, 181-189.

Wilkinson, R. et K. Pickett. (2009). The spirit level: Why greater equality makes societies stronger, London, Bloomsbury.

Williams, K. K. A. et autres. (2024). « Hétérogénéité de l'identité noire : L'importance de l'intersectionnalité dans la recherche sur le racisme envers les personnes noires et l'équité des soins de santé au Canada », Journal de l'Association médicale du Canada, 196(29), 1024-1026.

Le passage à la vie adulte
Un carrefour de possibles et de contraintes



Annie Fontaine,
professeure agrégée,
École de travail
social et de
criminologie de
l'Université Laval

Annie Fontaine s'intéresse principalement aux phénomènes de désaffiliation sociale, en particulier chez les jeunes, aux pratiques d'intervention de proximité visant à rejoindre et accompagner les personnes marginalisées, dont le travail de rue, ainsi qu'à la collaboration intersectorielle entre les acteurs du réseau public et du milieu communautaire œuvrant dans ce domaine. Elle est professeure agrégée à l'École de travail social et de criminologie à l'Université Laval, membre régulière du Centre de recherche Jeunes, familles et réponses sociales (JEFAR), de l'Observatoire Jeunes et Société (OJS) et de la Chaire-réseau de recherche sur la jeunesse (CRJ).

Le passage à la vie adulte est une période marquante pleine de possibilités et de défis. Si, pour certains, elle constitue un tremplin pour faire sa place dans le monde, cette étape représente pour d'autres une course à obstacles parsemée d'embûches. Devant les iniquités qui se jouent au cours de cette intense phase de vie, il s'avère essentiel de considérer comment les politiques sociales ont un impact sur le devenir des jeunes adultes.

Caractérisé par de nombreuses transitions, le passage à la vie adulte pose des défis importants sur le plan de la construction identitaire et de l'intégration sociale.

Les mutations contemporaines du passage à la vie adulte

Caractérisé par de nombreuses transitions, le passage à la vie adulte pose des défis importants sur le plan de la construction identitaire et de l'intégration sociale (Longo, 2016; Van de Velde, 2008). Faite de paradoxes, cette phase accorde une marge de manœuvre pour expérimenter et apprendre de nouveaux rôles en même temps qu'elle exerce une pression à démontrer ses acquis sur le chemin des seuils à atteindre pour être considéré adulte. Une des transformations marquantes de ce passage se dessine à travers la reconfiguration de la toile de liens sociaux au sein de laquelle évolue la personne. Ainsi, pendant que son cercle de socialisation dépendait fortement des adultes qui l'entouraient au cours de l'enfance et de l'adolescence, le jeune adulte est appelé, progressivement ou drastiquement, à se prendre en charge dans plusieurs sphères de liens sociaux, que ce soit sur le plan du rapport à sa famille, de ses appartenances choisies, de son engagement dans l'organisation du travail et la vie économique ou de l'exercice de ses droits et responsabilités en tant que citoyen (Paugam, 2014).



Alors que la transition à la vie adulte est conventionnellement associée à certains seuils (décohabitation d'avec les parents, fondation d'un couple, passage des études vers l'emploi, exercice d'obligations civiques), les processus qui structuraient ces étapes semblent plus difficiles à cerner dans un contexte sociétal marqué par la déstructuration des institutions traditionnelles de socialisation que représentent la famille, l'école et le travail (Longo, 2016). Bien que des cadres normatifs continuent d'imposer certains indicateurs du passage à l'adultéité, on constate une désynchronisation des temporalités associées aux étapes que les jeunes seraient censés franchir pour atteindre le statut d'un adulte accompli (Longo, 2016; Hieu Trong et Larose-Hébert, 2021). En effet, même si certains continuent de parcourir ce passage d'une manière relativement « ordonnée », plusieurs empruntent un parcours moins linéaire composé d'allers-retours et de détours (prolongement ou interruption des études, multiplication des tentatives amoureuses, exploration de divers emplois, etc.). Aussi, pendant que certains semblent retarder la décohabitation d'avec les parents et l'entrée dans un emploi stable, d'autres seraient au contraire précipités dans ces étapes, que ce soit en raison des recompositions au sein de leur famille d'origine, de la fin d'un placement en protection de la jeunesse ou d'une quête existentielle de vivre des expériences par soi-même (Gallant, 2000; Goyette et al., 2011; Parazelli, 2001; Van de Velde, 2014).

Dans un contexte de société en mutation, le parcours biographique et l'expérience subjective du devenir adulte auraient donc tendance à s'individualiser et à se singulariser (Longo, 2016; Goguel D'Allondas et Lachance, 2014). En effet, devant les multiples tensions structurelles et existentielles qu'ils doivent naviguer (Bajoit et al., 2000), plusieurs jeunes adultes seraient appelés à construire leur identité et leur place au sein d'un parcours inédit, sans balises pour les guider. Ainsi, bien que certains jeunes continueraient d'avoir accès au statut adulte à travers des modalités de transmission relativement traditionnelles, bon nombre doivent plutôt se projeter dans leur futur en élaborant un projet personnalisé et d'autres sont contraints d'improviser leur entrée dans la vie adulte par « tâtonnement », à coup d'expérimentations (Goguel D'Allondas et Lachance, 2014).

Devenir adulte dans une configuration inégale de liens sociaux

Si une part du processus du devenir adulte relève de l'initiative individuelle, il dépend aussi de la trame sociale dans laquelle s'insère chacun puisque c'est par le biais de ses liens sociaux que l'individu accède aux protections nécessaires pour faire face à l'adversité et qu'il bénéficie d'une reconnaissance de la valeur de son existence (Paugam, 2014). Or, les inégalités structurelles qui trament l'organisation sociale n'accordent pas à tous les individus les mêmes chances de prendre appui sur un entrecroisement de liens sociaux forts et stables dans l'ensemble de leurs sphères de vie (famille, réseau social, études/emploi, citoyenneté). En effet, en fonction des déterminants sociaux de la santé qui influencent leurs conditions de vie et celles de leur famille (revenu, éducation, secteur de résidence, soutien social, accès aux services, etc.), les jeunes partent avec un capital social plus ou moins riche qui facilite ou complexifie leur jeunesse et leur passage à la vie adulte.

Conséquemment, pendant que la société offre un univers de possibilités aux personnes privilégiées qui disposent de ressources pour se déployer, une frange importante de jeunes se retrouve dans une position plus fragilisée qui leur exige de se débattre au quotidien pour se tailler une place dans cet univers de possibles. Quant à eux, les jeunes privés de sources de protection et de reconnaissance font face à un univers de contraintes, où l'exposition à une panoplie d'inégalités et l'accumulation de carences est susceptible de les pousser vers des stratégies de compensation pour accéder aux ressources dont ils ont besoin ou encore de les coincer dans un engrenage de ruptures qui menace de les entrainer dans une trajectoire de précarisation, de disqualification, de désaffiliation, de marginalisation et d'exclusion (Billion, 2014; Fontaine, 2013b; Mohammed, 2014; Paugam, 2014). Bien qu'il n'y ait pas de causalité directe entre le capital social d'une personne et la manière dont se déroule son parcours de vie, il va sans dire que l'accumulation d'obstacles et d'épreuves au cours de l'enfance et de l'adolescence (pauvreté, instabilité résidentielle, sous-scolarisation, isolement social, trouble de santé, conflits familiaux, vécu d'intimidation, relations intimes complexes, placement en protection de la jeunesse, etc.) prive les jeunes de points d'appui pour prendre leur élan

vers l'entrée dans la vie adulte et les rend plus vulnérables face aux nombreux défis qui sont à relever au cours de cette phase de vie. En effet, quand vient le temps de combler soi-même ses besoins de base, de se trouver et de se maintenir en logement, d'entrer et d'évoluer sur le marché du travail, de poursuivre des études post-secondaires, de s'entourer d'un réseau de soutien social, de s'engager dans une vie amoureuse ou de fonder une famille, le fait de ne pas disposer de ressources sur lesquelles compter et de ne pas avoir l'impression de compter pour autrui peut fragiliser le parcours d'un jeune adulte et entrainer une série de ruptures sociales susceptibles de compromettre l'accession à des conditions de vie favorables.

Enfin, même si tous les jeunes peuvent rencontrer des contraintes et faire face à des épreuves, un éclairage intersectionnel permet d'observer que certaines catégories de jeunes voient les obstacles se décupler dans leur parcours de vie. Ainsi, les jeunes appartenant à des groupes socialement discriminés, par exemple les jeunes autochtones (Grenier et al., 2013), les jeunes issus de l'immigration ou de minorités visibles (Darchinian et al., 2017) ou encore les jeunes de la diversité sexuelle et de genre (Côté et Blais, 2021; Fontaine, 2020), se voient plus souvent confrontés à ces risques de dévier vers une trajectoire sociale pénalisante. De même, les jeunes qui connaissent des difficultés accrues, par exemple les jeunes adultes qui ont vécu une expérience de psychiatrisation (Hieu Truong et Larose-Hébert, 2021), un placement en protection de la jeunesse (Goyette et al., 2022) ou un handicap (Bourdon et al., 2021) rencontrent des défis exacerbés.

Or, derrière les discours qui font miroiter l'idéal de pouvoir autodéterminer ses choix et accomplir ses propres aspirations, les inégalités sociales dans lesquelles évoluent les individus camouflent des contraintes structurelles qui limitent les potentialités réelles auxquelles les jeunes ont accès pour concrétiser leur « projet » de devenir adulte.

Pression à l'autonomisation : injonctions paradoxales

Au sein de la culture occidentale, l'autonomisation représente un des vecteurs les plus significatifs du passage à la vie adulte (Goguel D'Allondas et Lachance, 2014; Moriau, 2011). Considérée comme une valeur-phare, l'autonomie devient le point de mire du devenir adulte, incarnant simultanément une aspiration à l'émancipation existentielle, à travers la possibilité de choisir et d'accomplir ses choix, et une pression à l'adaptation fonctionnelle engageant l'individu à s'ajuster continuellement aux exigences mouvantes du monde contemporain (Castel et Haroche, 2001; Fontaine, 2013a).
Si, comme le définissent Le Breton et Marcelli, l'autonomie d'une personne correspond à « l'ensemble des habilités qui lui permettent de se "gouverner" par ses propres moyens et de subvenir à ses besoins personnels » (2010, p.80), Moriau (2011) insiste sur l'idée que, dans notre société individualiste, l'autonomie du jeune adulte consiste à faire la preuve de sa capacité à assumer la responsabilité de son propre sort sans nécessiter d'aide.

Or, derrière les discours qui font miroiter l'idéal de pouvoir autodéterminer ses choix et accomplir ses propres aspirations, les inégalités sociales dans lesquelles évoluent les individus camouflent des contraintes structurelles qui limitent les potentialités réelles auxquelles les jeunes ont accès pour concrétiser leur « projet » de devenir adulte (Goguel D'Allondas et Lachance, 2014; Hieu Trong et Larose-Hébert, 2021; Moriau, 2011; Reynaud et Acklin, 2018). Cet écart entre l'idéal promulgué et les ressources réelles pour l'atteindre fait partie des sources de tension fondamentales auxquelles se confrontent les jeunes adultes, considérés comme les principaux responsables de leur réussite individuelle (Moriau, 2011) et de leur capacité à devenir « propriétaire de soi » (Castel et Haroche, 2001). Ainsi, la pression à devenir autonome se présente de manière paradoxale et insidieuse dans le parcours de vie des jeunes alors que l'invitation séduisante à exercer du pouvoir sur sa vie traduit en fait une obligation à ne pas dépendre d'autrui, sous menace d'être renvoyé à sa propre incapacité de mériter un statut d'individu accompli.

À l'intérieur de ce paradigme axé sur la responsabilité individuelle, le passage d'une conception de l'État providence à celui d'un État social actif conditionne la majorité des politiques publiques vers un objectif ne visant plus à « établir une égalité de condition, mais à fournir des ressources dont le bon usage relève de la responsabilité de chacun » (Moriau, 2011, p.22). Ainsi, la plupart des programmes, par exemple en matière de formation, d'emploi et de santé, se structure autour du principe visant à équiper les jeunes pour qu'ils puissent gérer leur vie sans nécessiter d'aide.

Le poids des politiques publiques dans le parcours vers la vie adulte

Dans un contexte ainsi marqué par un accroissement des inégalités sociales, les politiques sociales de jeunesse sont essentielles pour prévenir ou pallier les difficultés rencontrées par les jeunes vulnérables au cours du passage à la vie adulte (Becquet, 2012; Dumollard, Goyette et Weiss, 2018; Goyette, Pontbriand et Bellot, 2011). Or, les orientations ou la mise en œuvre de plusieurs politiques, programmes et services ne permettent pas toujours d'améliorer le sort des jeunes et accentuent même parfois les obstacles auxquels ils sont confrontés. Bien que plusieurs phénomènes pourraient être examinés au prisme des ruptures sociales découlant des pressions et des contraintes structurelles qui pèsent sur le parcours des jeunes en transition vers la vie adulte, quatre domaines seront abordés.

L'insertion socioprofessionnelle

En matière d'éducation et d'insertion professionnelle, plusieurs politiques à l'endroit des jeunes s'inscrivent dans une perspective d'activation, c'est-à-dire qu'elles visent à les diriger vers leur mise en activité afin d'éviter qu'ils recourent à des programmes d'assistance (Binet, 2019). Les jeunes identifiés à la catégorie des « NEEF », c'est-à-dire ni en emploi, ni aux études, ni en formation (Longo et al., 2023), sont particulièrement ciblés par ces politiques qui « les sollicitent à se mobiliser, à sortir de leur inactivité et à s'engager sur les voies de l'emploi, et ce, en dépit souvent des conditions de travail dans lesquelles ils doivent s'insérer » (Binet, 2019, p.97). Parmi les effets pervers de telles politiques, on note qu'elles participent à stigmatiser les jeunes qui rencontrent des difficultés et qu'elles tendent à invalider les autres formes d'expériences qu'acquièrent les jeunes en dehors des parcours conventionnels ainsi qu'à invisibiliser le fait que le marché de l'emploi est précaire et imprévisible. En somme, cette catégorisation et les politiques d'activation qu'elles soutiennent font reposer sur les jeunes la responsabilité de leur insertion en occultant les effets délétères de l'économie néolibérale dans laquelle ils sont censés se tailler une place ainsi que les inégalités structurelles qui les maintiennent dans une position de précarité. Aussi, puisque les programmes en place imposent des exigences inatteignables (ex. : programmes axés sur l'entrepreneuriat) ou des conditions médiocres qui ne permettent même pas d'atteindre le seuil de la pauvreté (ex. : programmes de développement professionnel accompagné d'un supplément au revenu), les jeunes adultes qui vivent des difficultés variées sont contraints à un statut de citoyen de seconde zone (Charlebois, 2019; Hieu Truong et Larose-Hébert, 2021).



Les services en santé mentale

Tel que rapporté dans un article de Leclercq et al. (2019), les jeunes de 15 à 24 ans seraient les plus susceptibles de connaitre un niveau élevé de détresse psychologique et les troubles de santé mentale seraient en hausse chez les jeunes, de même que la prise de médicaments psychotropes. Si certains jeunes adhèrent à leur diagnostic et observent la prescription reçue, plusieurs rejettent le traitement recommandé, que ce soit pour préserver une identité positive d'eux-mêmes, pour contester l'autorité ou en raison des effets secondaires indésirables que comporte la médication. Aussi, le manque de suivi médical, l'insuffisance de collaboration avec les médecins et les adultes qui les entourent (parents, intervenants, éducateurs, etc.), les barrières d'accès aux soins et aux services en santé mentale, le manque de personnalisation dans l'accompagnement et l'absence d'alternatives à la médication viendraient compromettent le rétablissement des jeunes et même engendrer des problématiques complexes (isolement, dépendance, pensées suicidaires, délinquance, désaffiliation, instabilité résidentielle, itinérance, etc.). Par ailleurs, comme le relèvent Hieu Trong et Larose-Hébert (2021), le vécu de troubles de santé mentale, la réception d'un diagnostic et l'entrée dans une trajectoire de psychiatrisation peuvent générer une profonde détresse lorsque ces expériences s'entremêlent avec le processus de construction identitaire et d'intégration sociale du passage à la vie adulte. Ainsi, le poids du stigmate associé à la « maladie mentale » et l'accent mis sur les risques pathologiques de dysfonctionnement mèneraient ces jeunes à entrer dans la vie adulte avec un sentiment et un statut de « normalité moindre » (Larose-Hébert, 2020). En outre, puisque la majorité des services se concentre sur la gestion des symptômes, les jeunes seraient laissés à eux-mêmes pour répondre à leurs besoins de base, comme l'alimentation et le logement, et pour satisfaire leurs autres besoins, par exemple sur les plans du développement personnel et relationnel, de l'accomplissement professionnel et de l'exercice de leur citoyenneté. Ultimement, dans un contexte sociétal où l'autonomie constitue une valeur-phare, le fait d'être confinés à une identité de « malade » compromet la possibilité pour les jeunes aux prises avec des troubles de santé mentale d'aspirer à s'accomplir et à acquérir une place socialement valorisée dans la société.

La protection de la jeunesse

Un des groupes de jeunes les plus confrontés à des facteurs d'adversité qui compromettent leur passage à la vie adulte concerne ceux qui ont connu un placement en protection de la jeunesse (Goyette et al., 2019; Longo et al, 2024; Ziani et Goyette, 2020). Que ce soit sur le plan de la scolarisation, de l'insertion socioprofessionnelle, de l'accession à un logement ou de l'accès à des services et à du soutien social, les jeunes placés font face à des défis décuplés au moment de cette transition. En effet, bien que les institutions tendent de plus en plus à rechercher des stratégies pour planifier ce passage (Komljenovic et al., 2022), l'arrivée à la majorité exerce une pression importante sur les jeunes pour qu'ils se prennent en mains après avoir connu un mode de vie largement institutionnalisé. Ainsi, alors qu'ils ont peu été préparés à prendre en charge les tâches de la vie quotidienne, qu'ils ont eu peu d'occasion d'apprivoiser leur liberté de choisir et de décider pour eux-mêmes et que la plupart d'entre eux se trouve en déficit d'un réseau de support, les jeunes qui atteignent 18 ans sont censés devenir autonome du jour au lendemain. Ces différents facteurs accentuent de manière significative la vulnérabilisation des jeunes au moment de la transition à la vie adulte.

> (…) l'itinérance jeunesse constitue une figure marquante de l'effet de l'enchainement de ruptures sociales.

La prévention et l'intervention itinérance jeunesse

Si les ruptures sociales que vivent les jeunes au cours de la période de la transition à la vie adulte peuvent se traduire dans différentes sphères (conflits familiaux, solitude et isolement, difficulté d'insertion socioprofessionnelle, enjeux de santé mentale, etc.), l'itinérance jeunesse constitue une figure marquante de l'effet de l'enchainement de ruptures sociales (Billion, 2014; Fontaine et Lapointe, 2024; Goyette et al., 2022; MacDonald, 2013; MacDonald (dir.), 2024; MacDonald et Roebuck, 2018). S'ajoutant à l'interinfluence des problèmes résidentiels, économiques, sociaux

et de santé qui peuvent survenir au cours de cette étape, le manque de planification des passages et des sorties en institution (ex. : placement en protection de la jeunesse, séjour dans un établissement de santé ou de désintoxication) constitue un point de bascule majeur vers l'itinérance. Non seulement le cumul de difficultés rencontrées peut mener à vivre des épisodes d'itinérance mais, aussi, la spirale de désaffiliation vécue dans ce contexte peut creuser le fossé entre ces personnes et les structures sociales et ainsi cristalliser leur situation de marginalisation.

La participation des jeunes à leur devenir

Si les politiques sociales en place recèlent de vertueuses orientations pour favoriser le bien-être des jeunes, on constate en contrepartie qu'elles traduisent plusieurs paradoxes énoncés dans cet article. Par exemple, bien que la politique québécoise de la jeunesse 2030 et le plan d'action qui en supporte la mise en œuvre (Secrétariat à la jeunesse, 2016, 2020) comportent des avenues pour encourager les jeunes à prendre leur place, l'injonction à l'autonomisation qui traverse ces orientations n'est pas toujours accompagnée de moyens adaptés et suffisants pour supporter les jeunes confrontés à des contraintes. Aussi, bien qu'on doive saluer le fait que plusieurs plans d'action interministériels, par exemple en dépendance, en santé mentale et en itinérance (MSSS, 2018, 2021, 2022) contiennent des axes d'action centrés sur les jeunes, le manque de transversalité de certaines mesures et le durcissement du cadre institutionnel dans lequel se structurent les services réduisent la portée des pistes d'action mises de l'avant et le pouvoir d'agir des intervenants censés accompagner les jeunes (Longo et Van de Velde, 2018).

Devant ces nombreux défis, un resserrement des liens de solidarité intergénérationnelle, intersectionnelle et intersectorielle s'avère indispensable pour s'assurer collectivement qu'on ne laisse aucun jeune derrière. À cet égard, au-delà des consultations officielles menées par les instances gouvernementales, il parait essentiel de reconnaitre l'apport des mobilisations orchestrées au sein du mouvement d'action communautaire autonome qui impliquent directement les jeunes dans la réflexion et leur permettent d'articuler des revendications réellement ancrées dans leur vécu individuel et collectif (Coalition interjeunes, 2015, 2024; Coalition jeunes+, s.d.; Guimond et Gagné, 2020; Lacroix et al., 2023; Rivest et Iancu, 2019).
Une des premières revendications (Coalition Interjeunes, 2015) portées par les jeunes concerne l'importance d'être réellement écoutés, plutôt que mis de côté ou instrumentalisés dans les consultations officielles. Considérant que les politiques publiques tendent d'abord à mettre de l'avant l'apport de la jeunesse au fonctionnement économique de la société au détriment d'une réelle prise en compte de leurs besoins, ils aspirent à ce que soient mis en place des espaces de prise de parole pour les jeunes qui ont des parcours atypiques. Ils trouvent aussi important d'adopter une vision inclusive de la jeunesse qui valorise la diversité, favorise l'égalité, lutte contre la discrimination et priorise le droit pour les jeunes d'exercer leur citoyenneté.

(...) au-delà des consultations officielles menées par les instances gouvernementales, il parait essentiel de reconnaitre l'apport des mobilisations orchestrées au sein du mouvement d'action communautaire autonome qui impliquent directement les jeunes dans la réflexion et leur permettent d'articuler des revendications réellement ancrées dans leur vécu individuel et collectif.

Les jeunes revendiquent également que des actions soient déployées pour agir sur les déterminants sociaux de la santé et sur les conditions de vie (ex. : coût de la vie, transport, alimentation, logement abordable, revenus) plutôt que de prioriser des actions centrées sur les habitudes de vie et les comportements (Coalition Interjeunes, 2024). Ils insistent sur l'importance de renforcer l'accès à l'éducation, à l'information et au soutien à l'insertion ainsi que d'encourager le renforcement des réseaux de soutien social entre les jeunes et avec leurs proches. Les revendications collectives des jeunes concernent également l'investissement dans le développement de services universels, gratuits et accessibles en matière de santé, de services sociaux, d'éducation, de culture et de loisirs. Ils estiment prioritaire de resserrer le filet social pour que soient mieux protégés les jeunes adultes qui font face à différents facteurs d'adversité. Pour ce faire, ils rappellent l'importance de briser la logique d'intervention en silos et de mieux reconnaitre la contribution essentielle des organismes communautaires à leur mieux-être en consolidant le financement récurrent de ces organisations qui tiennent à bout de bras leur offre de services (https://interjeunes.org/etude-dimpact/).

Les jeunes revendiquent également que des actions soient déployées pour agir sur les déterminants sociaux de la santé et sur les conditions de vie (ex. : coût de la vie, transport, alimentation, logement abordable, revenus) plutôt que de prioriser des actions centrées sur les habitudes de vie et les comportements.

[Les jeunes] rappellent l'importance de briser la logique d'intervention en silos et de mieux reconnaitre la contribution essentielle des organismes communautaires à leur mieux-être en consolidant le financement récurrent de ces organisations qui tiennent à bout de bras leur offre de services.

En somme, dans un univers traversé d'injonctions paradoxales, s'engager dans la mise en place de moyens structurants pour dénouer les obstacles sur la route du devenir adulte constitue un investissement sociétal alors que laisser les jeunes à eux-mêmes hypothèque lourdement leur parcours et, plus largement, notre bien-être collectif.



Références bibliographiques

Bajoit, G., Digneffe, F., Jaspard, J.-M., & Nolet De Brauwere, Q. (2000). *La socialisation des jeunes dans un monde en mutation* (1ère ed.). De Boeck & Larcier.

Becquet, V. (2012). « Les jeunes vulnérables » : essai de définition. *Agora débats/jeunesses*, 62(3), 51-64.

Billion, J. (2014). Les jeunes sans domicile et leurs pairs dans la rue. Dans S. Paugam, S. (dir.) *L'intégration inégale. Force, fragilité et rupture des liens sociaux*. p. 227 à 243. Presses universitaires de France

Binet, J. (2019). Les jeunes NEEF : enjeux de définition et d'usage d'une catégorie d'action publique. *Reflets*, 25(1), 94–110. https://doi.org/10.7202/1064669ar

Bourdon, S., Baril, D., Desroches, I. & Lessard, A. (2021). Les défis de la transition à la vie adulte de jeunes en situation de handicap. *Revue Jeunes et Société*, 6(1), 3–26. https://doi.org/10.7202/1087097ar

Castel, R. et Haroche, C. (2001). *Propriété privée, propriété sociale, propriété de soi*. Fayard, 2001.

Charlebois, F.-X. (2019). Se construire en situation de pauvreté et de raccrochage scolaire : une approche biographique. *Reflets*, 25(1), 176–196. https://doi.org/10.7202/1064673ar

Coalition Interjeunes (2024). *La grande consultation jeunesse. Rapport 2024*. https://interjeunes.org/wp-content/uploads/2024/06/Rapport_grande_consultation_jeunesse_2024_GCJ.pdf

Coalition Interjeunes (2015). *Écho de la voix des jeunes. Compte-rendu de la Consultation jeunesse du 7 octobre 2015 dans le cadre du renouvellement de la politique jeunesse.*

Coalition Jeunes+ (s.d.). *Déclaration commune pour la prévention de l'itinérance jeunesse au Québec* https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSeiTHRw03ABC-_BXAI2GpYJBwO8cqbexbJ-fKBihw5u_unHCQ/viewform

Côté-Guimond, J. et Gagné, J. (2020). *Accompagner les jeunes placés vers la vie adulte*. La Presse. https://www.lapresse.ca/debats/opinions/2020-11-29/accompagner-les-jeunes-places-vers-la-vie-adulte.php?fbclid=IwAR1O1k0QN9Geus2mIV9zbJiPP87CYB54tpf7fAr2IOBS_ZL5JejF0LNUGfQ

Côté, P.-B. et Blais, M. (2021). "The Least Loved, That's What I Was": A Qualitative Analysis of the Pathways to Homelessness by LGBTQ+ Youth. *Journal of Gay & Lesbian Social Services*. vol. 33, n° 2, p. 137-156.

Côté, P.-B., Flynn, C., Blais, M., Manseau, H. & Fournier, É. (2017). L'itinérance comme vecteur de reproduction des rapports de genre inégalitaires: une analyse des relations intimes chez les jeunes. *Service social*, 63(2), 85–98. https://doi.org/10.7202/1046501ar

Darchinian, F., Magnan, M.-O. & Kanouté, F. (2017). Jeunes adultes issus de l'immigration et marché du travail. Logiques d'orientation professionnelle. *Diversité urbaine*, 17, 113–132. https://doi.org/10.7202/1047980ar

Dumollard, M., Goyette, M. & Loncle, P. (2021). La réinsertion sociale sous le prisme du soutien à la transition vers l'âge adulte : perspectives des jeunes judiciarisés dans le système de justice des mineurs au Québec. Criminologie, 54(2), 91–115. https://doi.org/10.7202/1084290ar

Fontaine, A. (2020). Le travail de rue auprès des jeunes trans en situation ou à risque d'itinérance. Dans A. Pullen Sansfaçon et D. Medico, *Jeunes trans et non binaires : de l'accompagnement à l'affirmation*, p.194 à 211. Les éditions du remue-ménage.

Fontaine, A. (2013a). La quête d'autonomie de l'action communautaire au Québec. Mission ou illusion collective ? *Le Sociographe*, Hors-série 6(5), 205-219. https://doi.org/10.3917/graph.hs06.0205

Fontaine, A. (2013b). Le travail de rue : accompagner les jeunes au fil de leurs aléas existentiels et quotidiens. *Lien social et Politiques*, (70), 189–203. https://doi.org/10.7202/1021163ar

Fontaine, A. et Lapointe, F. (2024). Les jeunes femmes en situation d'itinérance et le passage à la vie adulte, Dans J. Rivard et E. Greissler (dir.), Rendre visible l'itinérance au féminin, Presses de l'Université du Québec.

Galland, O. (2000). Entrer dans la vie adulte : des étapes toujours plus tardives, mais resserrées. Économie et statistique, nos 337-338, p. 13-36

Goguel D'Allondas, T. et Lachance, J. (2014). *Étudier les ados*. Presses de l'EHESP

Goyette, M., A. Blanchet, C. Bellot, J. Boisvert-Viens et Fontaine A. (2022). *Itinérance, judiciarisation et marginalisation des jeunes ex-placés au Québec*. Chaire de recherche sur l'évaluation des actions publiques à l'égard des jeunes et des populations vulnérables.

Goyette, M., Bellot, C., Blanchet, A. et Silva-Ramirez, R. (2019). *Stabilité résidentielle, instabilité résidentielle et itinérance des jeunes quittant un placement substitut pour la transition à la vie adulte*, CREVAJ.

Goyette, M., Pontbriand, A. et Bellot, C. (2011). *Les transitions à la vie adulte des jeunes en difficulté. Concept, figures et pratiques.* Presses universitaires du Québec.

Grenier, S., Goyette, M., Turcotte, D., Mann-Feder, V. & Turcotte, M.-È. (2013). L'intervention de groupe pour soutenir le passage à la vie adulte des jeunes autochtones issus des centres jeunesse et de deux communautés. *First Peoples Child & Family Review*, 7(2), 148–159. https://doi.org/10.7202/1068847ar

Hieu Truong, A. & Larose-Hébert, K. (2021). Insertion professionnelle des jeunes adultes et prise en charge psychiatrique : réflexion sur les défis en matière de protection sociale. *Nouvelles pratiques sociales*, 32(1), 218–235. https://doi.org/10.7202/1080877ar

Komljenovic, J., Esposito, T. & Goyette, M. (2022). L'efficacité des programmes de préparation à la vie adulte pour les jeunes placés concernant les dimensions de l'emploi, du logement et du réseau social. *Canadian Social Work Review / Revue canadienne de service social*, 39(2), 49–74. https://doi.org/10.7202/1096798ar

Lacroix, I., Leclair Mallette, I.-A. & Vargas Diaz, R. (2023). L'engagement des jeunes sortant de placement dans la défense de leurs droits au sein de regroupements d'anciens placés. *Criminologie*, 56(1), 87–110. https://doi.org/10.7202/1099007ar

Larose-Hébert, K. (2020). Le silence sur nos maux. *Transformation identitaire et psychiatrisation*. Presses de l'Université du Québec.

Leclercq, J.-B., Proteau-Dupont, É., Van de Velde, C., Giguère, N., Simamonika, P. & Ouimet-Savard, T. (2019). Rapports au diagnostic et à la médication en santé mentale chez les jeunes : une enquête auprès de résidentes ou résidents en Auberges du cœur. Reflets, 25(2), 65–89. https://doi.org/10.7202/1067044ar

Longo, M. (2016). L'âge éphémère : les définitions de la jeunesse à la lumière du temps. Revue Jeunes et Société, 1(1), 5–24. https://doi.org/10.7202/1076133ar

Longo, M. E., Lechaume, A., Supeno, E. et Noël, M. (2023). Les récits des jeunes ni en emploi, ni aux études, ni en formation (NEEF) au Québec. Réalités, parcours et points tournants. Institut national de la recherche scientifique.

Le Breton, D. et Marcelli,D. (2010). Dictionnaire sur l'adolescence et la jeunesse, Presses universitaires de France.

Longo, M. E., Goyette, M., Dumollard, M., Ziani, M. et Picard, J. (2024). Portrait des jeunes ayant été placés sous les services de la protection de la jeunesse et leurs défis en emploi. Institut national de la recherche scientifique.

Longo M. E. et Van de Velde C. (2018). Inégalités, politiques de jeunesse et territoires, Bulletin de l'Observatoire Jeunes et Sociétés, vol.15, n.1, p.1-3.

MacDonald, S-A, Côté, P-B, et al. (2020). Repenser l'itinérance chez les jeunes au Québec: vers un paradigme interdisciplinaire et intersectionnel de la prévention. Revue canadienne de politique sociale, vol. 80, pp. 72-86. https://crsp.journals.yorku.ca/index.php/crsp/article/view/40325/36499

MacDonald, S-A., et Roebuck, B. (2018). *Staying Alive While Living the Life: Adversity, Strength, and Resilience in the Lives of Homeless Youth*. Halifax: Fernwood Press, 215 pp.

MacDonald, S-A. (2013). Les expériences méconnues des jeunes itinérants « à risque » : Vivre et survivre. *Lien Social et Politiques* 70, 205-226.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2018). *Plan d'action interministériel en dépendance 2018-2028 – Prévenir, réduire et traiter les conséquences associées à la consommation de substances psychoactives, à la pratique de jeux de hasard et d'argent et à l'utilisation d'Internet.* Gouvernement du Québec. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2018/18-804-02W.pdf

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2021). Plan d'action interministériel en itinérance 2021-2026. S'allier devant l'itinérance. Gouvernement du Québec. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2021/21-846-01W.pdf

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2022). *Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026*. S'unir pour un mieux-être collectif. Gouvernement du Québec. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2021/21-914-14W.pdf

Mohammed, M. (2014). La force paradoxale des bandes de jeunes : compensation et marginalisation sociales. Dans S. Paugam, S. (dir.) L'intégration inégale. *Force, fragilité et rupture des liens sociaux*. p. 207 à 225. Presses universitaires de France

Moriau, J. (2011). Sois autonome! Les paradoxes des politiques publiques à destination des jeunes adultes en difficulté. Dans M. Goyette, Pontbriand, A et Bellot, C (dir.), Les transitions à la vie adulte des jeunes en difficulté p.15-32. Presses de l'Université du Québec.

Parazelli, M. (2001). La rue attractive: parcours et pratiques identitaires des jeunes de la rue. Presses de l'Université du Québec.

Paugam, S. (dir). 2014. L'intégration inégale. Force, fragilité et rupture des liens sociaux, Presses universitaires de France.

Reynaud, C. et Acklin, A. (2018). Activation des jeunes adultes à l'aide sociale : un retour de la morale au détriment du droit ? Bulletin de l'Observatoire Jeunes et Sociétés, vol.15, n.1

Rivest, M.-P. & Iancu, P. (2019). Le Mouvement Jeunes et santé mentale : entrevue avec Émilie Roy et Pierre-Étienne Létourneau. Reflets, 25(2), 15–34. https://doi.org/10.7202/1067042ar

Secrétariat à la jeunesse (2016). Politique québécoise de la jeunesse 2030. Ensemble pour les générations présentes et futures. Gouvernement du Québec. https://www.jeunes.gouv.qc.ca/publications/documents/pqj-2030.pdf

Secrétariat à la jeunesse (2021). Je suis le Québec. Le Québec c'est nous. Plan d'action jeunesse 2021-2024. Gouvernement du Québec. https://www.jeunes.gouv.qc.ca/plan-action/documents/PAJ_2021-2024.pdf

Van de Velde, C. (2014). La famille à l'épreuve de la crise. Dans S. Paugam, S. (dir.) L'intégration inégale. Force, fragilité et rupture des liens sociaux. p. 29 à 43. Presses universitaires de France

Van de Velde C. (2008). Devenir adulte. Sociologie comparée de la jeunesse en Europe, Presses universitaires de France.

Ziani, M., Goyette, M. (2020). Favoriser la réussite scolaire des jeunes issus de la protection de la jeunesse : constats sur les effets des enjeux organisationnels sur la scolarisation des jeunes hébergés en centres de réadaptation. CRÉVAJ, CRJ

La condition féminine Sécurité, traumatisme systémique et santé relationnelle



Léonie Couture, C.M., C. Q., présidente fondatrice, *La rue des femmes*

Depuis quarante ans, Léonie Couture, C.M., C.Q., se consacre au bien-être et à la défense des droits des femmes. En 1980, elle quitte le milieu institutionnel pour le milieu communautaire.

Elle milite au Centre des femmes de l'Université d'Ottawa, qui suscite chez elle une profonde réflexion féministe. Elle s'installe ensuite à Montréal pour œuvrer, de 1981 à 1994, d'abord au Mouvement contre le viol et l'inceste, puis en alphabétisation et enfin, au Centre de santé des femmes.

Constatant que les services offerts aux femmes en état d'itinérance ne répondent pas à leurs besoins de guérison, et portée par sa vision féministe du droit de toute femme à la dignité, à la justice, à la sécurité et à l'égalité des droits, elle fonde, en 1994, l'organisme La rue des Femmes (LrdF) de Montréal. Son engagement porte entièrement sur le développement de conditions favorables à la guérison de leurs graves blessures relationnelles et sur la reconnaissance de la santé relationnelle.

Pour Léonie Couture, la santé relationnelle fait partie de la santé, avec la santé physique et la santé mentale.



Ann-Gaël Whiteman, directrice du développement de la santé relationnelle, *La rue des femmes*

Spécialisée en santé mentale, choc post-traumatique et psychotraumatologie, Ann-Gaël Whiteman a eu un parcours professionnel qui l'a amenée à travailler auprès des jeunes, des femmes immigrantes en contexte de réunification familial et des victimes d'actes criminels (Cavac). C'est en 2007 qu'elle rejoint LrdF. Au côté de la fondatrice Léonie Couture, elle perfectionne ses connaissances en santé relationnelle, approche innovante et exemplaire soutenue par les avancées en neurosciences, qui reconnait l'origine et les impacts handicapants des blessures relationnelles, tout en offrant la possibilité d'un rétablissement adapté.

Aujourd'hui elle dévoue son expertise aux Femmes en état d'itinérance chronicisé - et à sa symptômologie : syndrome de stress post-traumatique, consommation, prostitution, troubles de santé mentale, exclusion, violence, etc. -, ainsi qu'au rayonnement et le développement de l'expertise de LrdF et à la formation en santé relationnelle.

LA RUE DES FEMMES

L'état d'itinérance est un état dissociatif chronique entraînant la « déshabitation » de ses capacités vitales de sécurité intérieure et de lien à soi et aux autres, conséquence extrême de la violence qui blesse et traumatise, et menant à la survie dans l'exclusion, la désaffiliation et la rupture sociale.

La violence et le contrôle des femmes sont des maux millénaires à élucider et à éradiquer, affligeant et mettant en péril l'humanité et la vie.

C'est de cette perspective qu'ont découlé le concept de santé relationnelle et l'approche relationnelle d'intervention innovante et prometteuse développée par *La rue des Femmes* (LrdF), corrélée par les avancées neuroscientifiques. Organisme à but non lucratif et centre de santé relationnelle, LrdF assure des soins curatifs et préventifs aux femmes en état d'itinérance. L'état d'itinérance est un état dissociatif chronique entraînant la « déshabitation[1] » de ses capacités vitales de sécurité intérieure et de lien à soi et aux autres, conséquence extrême de la violence qui blesse et traumatise, et menant à la survie dans l'exclusion, la désaffiliation et la rupture sociale. Reconnu pour sa capacité à intégrer la recherche aux soins curatifs et à la réintégration durable des femmes en état d'itinérance dans la société, l'organisme LrdF est un chef de file dans son domaine.

La santé relationnelle est un état de profond bien-être qui permet la capacité vitale de sécurité, de lien à soi et aux autres et de bonheur.

La santé relationnelle est un état de profond bien-être qui permet la capacité vitale de sécurité, de lien à soi et aux autres et de bonheur. La violence et les traumatismes provoquent des blessures relationnelles qui atteignent nos capacités de sécurité et de lien pourtant essentielles et vitales pour l'être humain, dont le cerveau rationnel ne peut se développer que dans le bain relationnel dans lequel il est plongé dès sa naissance. Ces blessures relationnelles provoquent la déconnexion, la dépersonnalisation et entraînent des conséquences handicapantes sur la santé physique, mentale et sur le fonctionnement personnel et social. Elles peuvent mener à la perte de la santé relationnelle qui fonde la santé durable et globale avec la santé mentale et physique.

Parler de condition féminine, c'est reconnaître la « manifestation de relations de pouvoir historiquement inégales[2] » exercée par le patriarcat[3] qui a cherché, par la déshumanisation et la domination – contrôle des femmes, génocide, esclavage, colonisation, acculturation, etc. – à éviter la reconnaissance et l'acceptation de sa propre vulnérabilité. Par essence, la nature a « chez l'homme une propension à exercer un contrôle effectif sur son environnement, à contrôler les résultats de ses actions, mais aussi un besoin d'éprouver un sentiment de contrôle (comme illusion nécessaire) sur son environnement et les événements de sa vie afin de vaincre un sentiment de doute, d'impuissance ou d'insécurité[4] ». Ainsi, toute forme de contrôle et de violence vient d'une souffrance intrinsèque. Parler de la condition des femmes, c'est continuer de réaffirmer que le système patriarcal, toujours dominant, ne cesse de créer et de faire perdurer les conditions assurant le contrôle des femmes, légitimant ainsi la violence et la discrimination envers elles. C'est reconnaître que toutes formes de violence exacerbent la fragilisation et la vulnérabilité des femmes, en détériorant la santé durable… relationnelle, physique et mentale.

1 Furtos, J. (2008). « Les cliniques de la précarité. Contexte social, psychopathologie et dispositifs », Paris, Elsevier Masson, dans Gilbert, S. et autres. (2017). *Rapport de recherche – Version abrégée. Une intervention novatrice auprès des femmes en état d'itinérance : l'approche relationnelle de La rue des Femmes,* p. 7, [En ligne], [https://laruedesfemmes.org/wp-content/uploads/2018/11/Abr%C3%A9g%C3%A9-recherche-novatrice-LRDF.pdf].

2 A/RES/48/104 - Declaration on the Elimination of Violence against Women - UN Documents: Gathering a body of global agreements, archive, [En ligne], [www.un-documents.net].

3 Forme d'organisation sociale dans laquelle l'homme exerce le **pouvoir** dans les domaines politique, économique, religieux, ou détient le rôle dominant au sein de la famille par rapport à la femme.

4 Oubrayrie, N., O. Lescarret et M. De Leonardis. (1996). « Le contrôle psychologique et l'évaluation de soi de l'enfance à l'adolescence », *Enfance*, (3), 383-403.

Dénoncer les effets, oui, mais surtout trouver les causes et agir sur celles-ci

Sur le plan politique, la fin de la Deuxième Guerre mondiale a marqué un tournant quant à la reconnaissance et à la promotion des droits de la personne.

La Commission de la condition de la femme a été créée en 1947. L'année 1975 a été proclamée « Année internationale de la femme » par l'Organisation des Nations unies (ONU). En 1993, l'ONU adopte la Déclaration sur l'élimination de la violence contre les femmes. En 1994, la Commission des droits de l'homme nomme « un rapporteur spécial des Nations unies sur la violence envers les femmes, ses causes et ses conséquences et lui a donné le mandat d'enquêter et de faire rapport sur tous les aspects de la violence envers les femmes[5] ». Violence familiale, culturelle, systémique, inégalité genrée… La Déclaration des Nations unies sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes veut que « la violence à l'égard des femmes [soit] une manifestation de relations de pouvoir historiquement inégales entre les hommes et les femmes » et « la violence à l'égard des femmes est l'un des mécanismes sociaux cruciaux par lesquels les femmes sont contraintes à une position subalterne par rapport aux hommes[6] ».

Motivé par son besoin vital d'explications, l'être humain progresse au gré des découvertes qui repoussent les limites de ses connaissances. Ainsi, sur le plan scientifique, avec l'avancement des neurosciences des trente dernières années, notamment la théorie polyvagale[7], nous avons accès à un nouveau savoir sur les réflexes de survie aux événements traumatiques, inhérents au règne animal – fuite, combat, figement, effondrement, servilité –, et sur le syndrome de stress post-traumatique propre au mammifère, dont l'être humain.

> Naître femme dans un monde qui témoigne de déshumanisation, de subordination et d'hyper vulnérabilisation des femmes, c'est traumatique [...]

Nous savons que l'évolution de l'humanité a connu de grands moments traumatiques qui ont menacé la survie même de l'espèce humaine. Aurions-nous alors conservé dans notre mémoire collective et nos cellules les stigmates de traumatismes et de stress post-traumatiques transgénérationnels, provoquant par insécurité profonde le besoin d'un contrôle compulsif de celles par qui la vie arrive, les femmes et la Terre mère?

Naître femme dans un monde qui témoigne de déshumanisation, de subordination et d'hyper vulnérabilisation des femmes, c'est traumatique: violence familiale, conjugale, coercitive, féminicides, violence sexuelle, sexiste, genrée, traite de la personne, mariage forcé, arme de guerre, violence professionnelle, financière, médicale, éducative, juridique, politique, etc. Mais aussi les inégalités et droits bafoués des femmes – libre choix sexuel, contraception, avortement, égalité des salaires, valorisation de la maternité dans l'avancement professionnel, conciliation travail-famille, pauvreté, représentation publique et étatique, réalité des femmes inuites et des Premières Nations, etc.

Dans ce contexte de vulnérabilité exacerbée, les sociétés se fragilisent, avec des institutions instables, des gouvernances déficientes provoquant la défaillance des missions essentielles des services publics, de la sécurité, de la participation citoyenne des femmes, et l'effritement des démocraties et de la paix sociale. On parle même de crise démocratique : crise économique, du logement, de l'emploi, climatique, de l'immigration, de l'itinérance; système scolaire, de santé, politique, juridique; profilage racial; violence dans les rues… La confiance dans les institutions se perd.

---

5 ONU Femmes, [En ligne], [https://www.unwomen.org/fr/csw/brief-history#:~:text=En%201994%2C%20la%20Commission%20des,la%20violence%20envers%20les%20femmes].

6 A/RES/48/104 - Declaration on the Elimination of Violence against Women - UN Documents: Gathering a body of global agreements, archive, [En ligne], [www.un-documents.net].

7 Porges, S. W. (2021). *La Théorie polyvagale : fondements neurophysiologiques des émotions, de l'attachement, de la communication et de l'autorégulation*, Les Ulis, EDP Sciences, 371 p.

8 *Conseil économique social et environnemental*. (Octobre 2024). *Sortir de la crise démocratique*, Rapport annuel sur l'état de la France en 2024, [En ligne], [https://www.lecese.fr/travaux-publies/sortir-de-la-crise-democratique-rapport-annuel-sur-letat-de-la-france-en-2024-raef].

Les facteurs d'exacerbation de vulnérabilité et de fragilisation – autant individuels, culturels que sociétaux – dans un contexte d'intersectionnalité de la discrimination mettent en lumière la violence systémique subie par les femmes. En ce sens, le système patriarcal échoue à éradiquer toute forme de violence et de déni de sécurité envers les femmes, et devient responsable du traumatisme systémique, en permettant et en continuant de perpétrer de tels crimes et injustices contre l'humanité. La mise en cause du système patriarcal dont découle notre organisation sociale inégalitaire n'est pas nouvelle. Il apparaît urgent d'évoluer vers un système égalitaire et inclusif pour tous, afin d'appréhender les facteurs nous permettant de « reconnaître les facettes des institutions, des cultures et des communautés qui contribuent au traumatisme et aux conséquences qui en découlent. Le traumatisme systémique – les caractéristiques contextuelles des environnements et des institutions qui donnent lieu au traumatisme le maintiennent et ont un impact sur les réponses post-traumatiques – fournit un cadre pour considérer l'ensemble des phénomènes traumatiques[9] ».

Le traumatisme systémique, pouvant provoquer un état de stress post-traumatique chez les plus vulnérables, entraîne une désaffiliation.
Le traumatisme est une série de réactions physiologiques, psychiques et relationnelles persistante faisant suite à des événements traumatiques, qui compromet « le sentiment de sécurité et le sentiment d'identité ainsi que la capacité à réguler les émotions et à s'orienter dans ses rapports avec les autres. Longtemps après avoir vécu un événement traumatisant, la personne ressent fréquemment une peur intense accompagnée d'un sentiment de honte ou d'impuissance[10] ». Ainsi, le traumatisme provoque une rupture à soi, individuelle, sociale, systémique et citoyenne.

> Les femmes en état d'itinérance sont, bien horriblement, la réalité extrême de la déshumanisation, de l'exacerbation des facteurs de vulnérabilité et de fragilisation, et de l'abandon systémique.

9 Goldsmith, R. E., C. Gamache Martin et C. Parnitzke Smith, *Traumatisme systémique*, [En ligne], [https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24617751/].

10 [En ligne], [https://www.camh.ca/fr/info-sante/index-sur-la-sante-mentale-et-la-dependance/les-traumatismes-psychiques].



Les personnes en état d'itinérance font partie des plus vulnérables de notre société. Leur désaffiliation, leur rupture sociale sont la finalité de l'abandon individuel, social et systémique. L'abandon est une violence; l'abandon systémique, un traumatisme du sanctuaire. Se définissant comme « un événement traumatisant sur le plan psychologique qui se produit lorsqu'une personne a fait face à un facteur de stress grave et se retrouve ensuite devant ce qui devait être un environnement de soutien et de protection et découvre seulement davantage de traumatismes[11] », le traumatisme du sanctuaire fait référence à l'aspect systémique d'absence de réponses et de moyens sécurisants et sécurisés en y additionnant une survictimisation traumatique, alors que la personne s'attendait, naturellement, à un environnement sécuritaire et protecteur.

Écorchée vive par les souffrances et les atteintes à son identité, à sa dignité, à son intégrité, à son corps et à son âme : comment faire confiance, et surtout à qui? Car la confiance passe par l'inclusion, la douceur, la reconnaissance, l'amour, la sécurité et la joie, ces éléments essentiels qui ne peuvent s'actualiser que dans la reconnaissance des blessures relationnelles.

Les femmes en état d'itinérance sont, bien horriblement, la réalité extrême de la déshumanisation, de l'exacerbation des facteurs de vulnérabilité et de fragilisation, et de l'abandon systémique. L'état d'itinérance, état dissociatif chronique, découle de graves blessures relationnelles jamais prises en compte, jamais reconnues ni guéries. Être femme et en état d'itinérance devient alors une association aggravante résultant du cumul de traumatismes familiaux, culturels, sociaux et systémiques provoquant l'exclusion, la désaffiliation et la rupture sociale généralisée.

11 Silver, S. (1987). « An inpatient program for post-traumatic stress disorder: Context as treatment », dans C. R. Figley, éd., *Trauma and its wake*, (2), New York, Routledge, [En ligne], [https://doi.org/10.4324/9781315803869].



Alors que l'affiliation et l'inclusion sociale des femmes exigent la reconnaissance de leur égalité en tant qu'être humain à part entière, l'état d'itinérance se caractérise par la désaffiliation et la rupture sociale. Une femme en état d'itinérance est invisibilisée et privée de son humanité par l'exclusion systémique. Écorchée vive par les souffrances et les atteintes à son identité, à sa dignité, à son intégrité, à son corps et à son âme : comment faire confiance, et surtout à qui? Car la confiance passe par l'inclusion, la douceur, la reconnaissance, l'amour, la sécurité et la joie, ces éléments essentiels qui ne peuvent s'actualiser que dans la reconnaissance des blessures relationnelles. Être femme et en état d'itinérance sont des facteurs d'exacerbation de vulnérabilité et de fragilisation. Cependant, la désaffiliation et l'exclusion sociale sont le résultat du traumatisme systémique imposé par le système patriarcal.

Parler de condition féminine, c'est reconnaître que la violence systémique perpétue la non-reconnaissance et la non-validation de l'être égal qu'est la femme, mais aussi reconnaître les facteurs de déshumanisation, d'exacerbation de vulnérabilité et de fragilisation imposés aux femmes sur les plans individuel, culturel, sociétal et citoyen dans un contexte de traumatisme systémique. Pourtant, toute femme naît et est cette égalité.

Les impacts s'actualisent autant d'un point de vue individuel – altération de la santé physique, mentale et relationnelle, dépendances, violence, judiciarisation, pauvreté, marginalisation, exclusion, etc., que social – coûts, répercussions sur les services publics, cohabitation sociale, sécurité, désaffiliation, etc.

La violence à l'égard des femmes est considérée par l'Organisation mondiale de la santé comme « un problème majeur de santé publique et une violation des droits humains des femmes[12] ». Même si la majorité d'entre nous trouve un équilibre et un épanouissement aussi personnel que social, les plus vulnérables, dans une société fragilisée, n'ont d'autre choix que la survie, comme les personnes en état d'itinérance. Une société qui se fragilise se durcit, c'est la crise à la sécurité… et encore plus pour les femmes et leur condition malgré le fait que nous ne soyons pas une minorité, mais bien la moitié de l'humanité. Simone de Beauvoir faisait preuve d'une grande conscience de la fragilité du statut égalitaire de la femme en nous alertant de ne jamais tenir celui-ci pour acquis : « N'oubliez jamais qu'il suffira d'une crise politique, économique, ou religieuse pour que les droits des femmes soient remis en question. Ces droits ne sont jamais acquis. Vous devrez être vigilantes votre vie durant[13] ». Avons-nous vraiment avancé depuis…?

Parler de condition féminine, c'est appréhender cette nouvelle compréhension du traumatisme et de ses effets délétères sur la santé relationnelle des femmes, des citoyens et de nos sociétés pour que cessent les souffrances systémiques en agissant sur les causes de la violence envers les femmes, causes qui sont aux fondements de notre organisation sociale patriarcale. Ce nouveau savoir permet une vision historique et scientifique modernisée du patriarcat et de sa création[14], en confrontant son besoin compulsif de contrôle et de domination à sa propre vulnérabilité et fragilité. Le besoin de contrôle résulte du besoin fondamental de se sentir en sécurité; « Tout le monde essaye de garder une forme de maîtrise sur soi, les autres et l'environnement. Au regard de l'évolution, ces examens minutieux sont essentiels à la survie et visent à se prémunir contre les dangers[15] ».

L'accès à sa sécurité intérieure, à soi et aux autres est le fondement de la santé relationnelle.
Parler de condition féminine, c'est parler d'humanité et de santé relationnelle.

12 *International Day for the Elimination of Violence Against Women*, archive, [En ligne], [https://www.un.org/en/observances/ending-violence-against-women-day], consulté le 10 décembre 2020.

13 Monteil, C. (2011). *Simone de Beauvoir et les femmes aujourd'hui*, Paris, Odile Jacob, p. 41, [En ligne], [https://www.odilejacob.fr/catalogue/documents/memoires/simone-de-beauvoir-et-les-femmes-aujourdhui_9782738126702.php].

14 Lerner, G. (1986). *The Creation of Patriarchy*, Oxford, Oxford University Press, 361 p.

15 Gourion, D. (2023). *Guérir nos âmes blessées*, Paris, Marabout, 301 p.



La rupture sociale au masculin Un défi pour les pratiques en réadaptation psychosociales



Jacques Roy, sociologue; professeur associé, Université du Québec à Chicoutimi; chercheur, Pôle d'expertise et de recherche en santé et en bien-être des hommes

Les travaux de recherche de Jacques Roy portent principalement sur la santé et le bien-être des hommes, leur rapport aux services et les identités masculines.

La rupture sociale vécue par les hommes n'est pas étrangère à la représentation qu'ils se font de leur identité masculine. Selon des écrits, il existerait une contradiction entre « vulnérabilité » et « identité masculine ». Dans le contexte d'une rupture sociale où une fragilité personnelle ou sociale peut être exacerbée, l'adhésion des hommes à des normes traditionnelles de masculinité – telles que l'invincibilité ou le rôle de pourvoyeur – peut les faire basculer dans de multiples dérives.

Le point de vue avancé dans cet article est qu'une logique de genre peut conditionner d'une manière parfois significative la façon dont les personnes s'adaptent ou non à des situations de rupture sociale, que cette dernière soit le fait par exemple d'une séparation conjugale, d'une dérive vers la pauvreté ou d'une mise à la retraite avec perte de statut social et de contacts sociaux. Dans des cas extrêmes, des préceptes de masculinité traditionnelle bien intériorisés peuvent agir telle une chape de plomb chez certains hommes, ce qui a comme conséquence d'aggraver les effets d'une rupture sociale.

L'article se présente en deux temps. Un premier reprend certaines caractéristiques de la masculinité traditionnelle susceptibles de se poser en facteurs de risque en cas de rupture sociale. Un second présente deux perspectives d'interventions qui, selon la littérature scientifique, sont garantes de « bonnes pratiques » auprès des hommes afin de mieux composer avec eux et de favoriser leur persévérance dans l'intervention.

Aux fins du texte, la signification accordée à l'expression « rupture sociale » sera celle évoquant la rupture des liens sociaux. Pour Akoun (1999, p. 307), « [l]es liens sociaux sont ces formes de relations qui lient l'individu à des groupes sociaux et à la société, qui lui permettent de se socialiser, de s'intégrer à la société et d'en tirer les éléments de son identité ».

Dans des cas extrêmes, des préceptes de masculinité traditionnelle bien intériorisés peuvent agir telle une chape de plomb chez certains hommes, ce qui a comme conséquence d'aggraver les effets d'une rupture sociale.

Identité masculine et rupture sociale : un rendez-vous à haute tension

La littérature scientifique invite à considérer que les modèles plus traditionnels de la masculinité ont pris du plomb dans l'aile au profit d'une masculinité plus ouverte et diversifiée, surtout chez les nouvelles générations (Bertrand et autres, 2015; Castelain-Meunier, 2012; Roy et autres, 2022). Cependant, il existe encore des poches de résistance rendant toujours actuels les défis liés à la présence d'anciens modèles de masculinité, même chez les jeunes hommes d'aujourd'hui.

Un exemple révélateur : malgré le recul de la masculinité traditionnelle chez les nouvelles générations, il appert que les jeunes hommes, en cas de problème, auraient les mêmes réticences que les autres hommes à demander de l'aide ou des services, ceci avec le même degré d'intensité et pour des motifs semblables (Tremblay et autres, 2015).

La socialisation masculine plus traditionnelle constituerait donc un frein à la demande d'aide et de services chez les hommes, même en contexte de vulnérabilité importante. Un parcours similaire pourrait se présenter en situation de rupture sociale. Paradoxalement à l'image de force et au sentiment d'invincibilité découlant du modèle traditionnel, ces hommes seraient plus susceptibles d'être davantage affectés sur le plan de la santé mentale en raison de la pression et des exigences posées par l'impératif de la correspondance au modèle (Cloutier, 2004; Deslauriers, Baron et Negura, 2019; Houle et Guillou-Ouellette, 2012).

[…] deux perspectives en matière d'intervention apparaissent incontournables pour mieux joindre les hommes dans leur réalité et être plus efficace auprès d'eux : la recherche d'un rapport plus égalitaire entre les hommes et les intervenants (posture horizontale des services) et une approche misant sur les forces des individus (approche salutogène).

Des interventions qui fonctionnent auprès des hommes

Selon une métasynthèse de 65 études publiées sur les hommes au Québec (Roy et autres, 2014), deux perspectives en matière d'intervention apparaissent incontournables pour mieux joindre les hommes dans leur réalité et être plus efficace auprès d'eux : la recherche d'un rapport plus égalitaire entre les hommes et les intervenants (posture horizontale des services) et une approche misant sur les forces des individus (approche salutogène). Portons brièvement notre regard sur chacune d'entre elles.

La perspective horizontale des services présuppose un rapport « homme et intervenant » fondé sur l'idée d'une plus grande égalité entre les deux, contrairement à un certain professionnalisme, et d'une relation de « prise en charge » verticale instaurant une distance avec l'homme aidé. Selon les écrits, cette orientation sur le plan des pratiques permet de mieux joindre les hommes et d'être plus efficace en ce qui touche l'intervention, car elle mise sur une valeur fondamentale chez eux, soit l'autonomie recherchée, et elle vise à faire en sorte qu'ils se sentent « au volant de leur vie » par contraste avec une intervention axée sur une feuille de route assignée sur le plan professionnel. Deux catégories d'hommes seraient susceptibles de bénéficier davantage de cette orientation en matière d'intervention : les plus jeunes hommes et les jeunes hommes peu scolarisés, issus des classes populaires (Roy et autres, 2014).

Pour sa part, l'approche salutogène, développée principalement par MacDonald (2005), est centrée sur les forces et les compétences des hommes. Selon cette approche, les forces des hommes peuvent ainsi représenter des leviers importants en matière d'intervention et de promotion de la santé. Cette posture rompt avec certaines approches liées à la masculinité traditionnelle qui misent davantage sur les déficits des hommes. Aussi, dans cette approche, il importe de chercher à mieux comprendre et connaître les hommes, à détecter leurs forces, à miser sur leur volonté d'être autonomes et d'avoir un contrôle sur leur situation plutôt que de vouloir procéder a priori à leur « rééducation » (MacDonald, 2005, 2012). En complément, les travaux de Houle et autres (2017) ont porté sur des effets positifs de l'approche salutogène auprès des hommes en matière de prise en charge de leur santé, en soulignant l'influence de cette approche sur l'adoption d'un mode de vie plus compatible avec la santé et une normalisation des comportements pro-santé dans leur échelle de valeurs.

Les avantages de ces deux perspectives en matière d'intervention sont de portée universelle, mais selon les écrits, elles s'avèrent plus particulièrement fructueuses dans le contexte des interventions auprès des hommes selon leur mode de socialisation et leur système de valeurs.

En complément, il importe de souligner toute l'importance d'agir sur les réseaux de soutien social des hommes dans le cadre de l'intervention. De fait, le rôle du soutien social serait majeur dans la régulation des affects. Les hommes

seraient en général davantage isolés que les femmes. Également, les femmes utiliseraient plus souvent le soutien social que les hommes et cela leur serait bénéfique (Audet et Tremblay, 2019). Dans un contexte de rupture sociale, cette perspective d'intervention constitue en soi un enjeu de santé publique.

Toute réflexion sur les ruptures sociales vécues chez les hommes ne peut se détourner des questions qui concernent les normes de la masculinité traditionnelle et les représentations identitaires des hommes, peu importe leur âge ou leur statut social. Des perspectives d'interventions ont été proposées afin de mieux répondre au défi de les soutenir à travers l'expérience des ruptures sociales.

En complément, il importe de souligner toute l'importance d'agir sur les réseaux de soutien social des hommes dans le cadre de l'intervention. De fait, le rôle du soutien social serait majeur dans la régulation des affects.

Références

Akoun, A. (1999). « Lien social », dans A. Akoun et P. Ansart (dir.), *Dictionnaire de sociologie*, Paris, Le Robert/Le Seuil, 307-308.

Audet, S. et G. Tremblay. (2019). « Le rôle du soutien social et de l'isolement dans la régulation des affects. Résultats émergeant d'une étude de cas multiples menée auprès d'hommes ayant consulté un professionnel de la relation d'aide », *Revue canadienne de service social*, 36(1), 45-64.

Bertrand, J. et autres. (2015). « Introduction. Socialisations masculines, de l'enfance à l'âge adulte », *Terrains & travaux*, (27), 5-19.

Castelain-Meunier, C. (2012). « Men and women: What new challenges? », dans G. Tremblay et F.-O. Bernard (éds), *Future Perspectives on Intervention, Policy and Research on Men and Masculinities: An International Forum*, Harriman, Men's Studies Press, 54-64.

Cloutier, R. (2004). *Les vulnérabilités masculines. Une approche biopsychosociale*, Montréal, Éditions de l'Hôpital Sainte-Justine (CHU mère-enfant).

Deslauriers, J.-M., M. Baron et L. Negura. (2019). « Les hommes souffrant de dépression : un problème méconnu », dans J.-M. Deslauriers, M. Lafrance et G. Tremblay (dir.), *Réalités masculines oubliées*, Québec, Les Presses de l'Université Laval, 183-214.

Houle, J. et C. Guillou-Ouellette. (2012). *Profil des personnes décédées par suicide dans la région de Montréal*, 2007-2009, Montréal, Suicide action Montréal et Centre de recherche et d'intervention sur le suicide et l'euthanasie.

Houle, J. et autres. (2017). « Peer positive social control and men's health-promoting behaviors », *American Journal of Men's Health*, 11(5), 1569-1579.

MacDonald, J. (2005). *Environments for Health*, Londres & Sterling, Earthscan.

MacDonald, J. (2012). « The need to change our way to look at men's health: Australian perspectives », dans G. Tremblay et F.-O. Bernard (dir.), *Future Perspectives on Intervention, Policy and Research on Men and Masculinities: An International Forum*, Harriman, Men's Studies Press, 144-148.

Roy, J. et autres. (2014). *Perceptions des hommes québécois de leurs besoins psychosociaux et de santé ainsi que de leur rapport aux services – Métasynthèse*, Québec, Masculinités et société.

Roy, J. et autres. (2022). La paternité au Québec – *Synthèses et réflexions à partir de cinq sondages sur les pères*, Rapport de recherche, Québec, Pôle d'expertise et de recherche en santé et bien-être des hommes.

Tremblay, G. et autres. (2015). *Où en sont les hommes québécois en 2014? Sondage sur les valeurs, les rôles sociaux et le rapport des hommes québécois avec les services*, Québec, Masculinités et société.

Réadaptation et désaffiliation sociale Vers une approche transaffirmative pour les personnes trans



Abdelhakim Missoum, MIT (pronoms : il/lui, he/him), candidat au doctorat, Département de sciences de la santé communautaire, Université de Sherbrooke

Abdelhakim Missoum possède une maitrise en intervention en toxicomanie et accumule plus de 10 ans d'expérience en intervention psychosociale. Il complète actuellement son doctorat au département des sciences de la santé communautaire de l'Université de Sherbrooke. Sa thèse de recherche s'intéresse aux parcours d'affirmation et de transition ainsi qu'au processus de résilience des personnes de la pluralité de genre consommatrices de substances psychoactives.

Une personne trans est un individu « dont l'identité de genre ne correspond pas au sexe assigné à la naissance » (Cotton et autres, 2021, p. 12). Ce concept englobe un éventail diversifié d'identités de genre, reflétant la complexité et la richesse des expériences et des trajectoires liées au genre. Bien que le mot « trans » tire son origine de l'idée de changement ou de transition, il est essentiel de comprendre qu'une personne peut s'identifier comme trans sans avoir nécessairement entamé de transition médicale, légale ou sociale. L'identité de genre est unique à chaque personne et peut évoluer au fil du temps, reflétant ainsi sa fluidité et sa diversité.

Dans cet article, le terme « personnes trans » est utilisé pour désigner l'ensemble des individus appartenant à la pluralité de genre. Toutefois, ce terme ne prétend pas être exhaustif et ne couvre pas toutes les expériences associées à la diversité de genre. D'autres termes, tels que personne non binaire, genderqueer, genre fluide ou bispirituel, peuvent également être employés pour décrire des vécus variés et nuancés liés au genre.

Les approches transaffirmatives

Les approches transaffirmatives englobent des pratiques cliniques qui reconnaissent et valident l'identité trans exempte de toute pathologisation (Austin et Craig, 2015). Elles intègrent des pratiques respectueuses et solidaires de la réalité trans, comme l'utilisation des noms et des pronoms appropriés, et offrent des espaces thérapeutiques inclusifs, renforçant ainsi un sentiment de sécurité et de reconnaissance (Austin et Craig, 2015). En santé mentale, les approches transaffirmatives jouent un rôle clé dans la réduction des effets négatifs liés aux expériences de stigmatisation et de discrimination chez les personnes trans. Elles visent l'identification et la modification des schémas de pensée qui contribuent à l'isolement social et au repli sur soi, en adoptant des stratégies transaffirmatives qui valorisent l'identité de genre et favorisent le bien-être (Austin et Craig, 2015).

[Les approches transaffirmatives] visent l'identification et la modification des schémas de pensée qui contribuent à l'isolement social et au repli sur soi, en adoptant des stratégies qui valorisent l'identité de genre et favorisent le bien-être.

Dans le domaine de la réadaptation psychosociale, les approches transaffirmatives encouragent l'autonomie et l'inclusion sociale des personnes trans (Austin et Craig, 2015). Contrairement aux interventions en santé mentale, qui se concentrent principalement sur le bien-être psychologique, la réadaptation psychosociale intègre des dimensions sociales, communautaires et structurelles, offrant ainsi un soutien global et holistique. Ces approches incluent des initiatives concrètes telles que l'accompagnement dans les démarches administratives et le soutien à l'intégration professionnelle. Elles visent également à améliorer

le réseau de soutien en collaboration avec les communautés trans, ce qui renforce l'expression de soi et favorise l'inclusion sociale (Austin et Craig,2015). Cependant, les approches transaffirmatives requièrent avant tout une posture d'ouverture de la part des intervenant.es. Elles impliquent également une reconnaissance et une sensibilisation approfondies aux réalités et aux expériences uniques des personnes trans (Austin et Craig, 2015).

Particulièrement visibles durant leur transition sociale, les jeunes trans sont souvent ciblé.es par la discrimination, augmentant ainsi leur vulnérabilité aux troubles mentaux et à l'usage problématique de substances psychoactives (SPA). L'accès à des soins transaffirmatifs et le soutien familial jouent un rôle protecteur crucial (alors que le rejet dans des milieux tels que l'école ou la famille peut intensifier les comportements à risque, dont la consommation problématique de SPA.

Dans le domaine de la réadaptation psychosociale, les approches transaffirmatives encouragent l'autonomie et l'inclusion sociale des personnes trans (Austin et Craig, 2015). Contrairement aux interventions en santé mentale, qui se concentrent principalement sur le bien-être psychologique, la réadaptation psychosociale intègre des dimensions sociales, communautaires et structurelles, offrant ainsi un soutien global et holistique. Ces approches incluent des initiatives concrètes telles que l'accompagnement dans les démarches administratives et le soutien à l'intégration professionnelle. Elles visent également à améliorer le réseau de soutien en collaboration avec les communautés trans, ce qui renforce l'expression de soi et favorise l'inclusion sociale (Austin et Craig, 2015). Cependant, les approches transaffirmatives requièrent avant tout une posture d'ouverture de la part des intervenant.es. Elles impliquent également une reconnaissance et une sensibilisation approfondies aux réalités et aux expériences uniques des personnes trans (Austin et Craig, 2015).

Comprendre les expériences spécifiques des personnes trans dans le contexte de la réadaptation psychosociale

Les personnes trans vivent des parcours uniques, façonnés par une identité de genre qui diffère des normes associées au genre assigné à la naissance. L'affirmation de cette identité représente une redéfinition de soi, où l'individu s'éloigne des catégories de genre imposées pour incarner une identité en adéquation avec son ressenti intérieur. Le coming out, moment où la personne dévoile son identité à ses proches ou à la société, constitue souvent une étape cruciale de ce processus. Il peut être suivi d'une transition sociale, comprenant des actions ou l'utilisation d'accessoires et de vêtements spécifiques pour refléter, exprimer et affirmer l'identité de genre ressentie.

Les personnes trans sont très vulnérables durant ce processus et souvent victimes à divers degrés de discrimination, de stigmatisation et de violence liées à leur expression non conforme au genre assigné à la naissance. Elles doivent également composer avec le stress minoritaire qui est décrit comme un stress chronique lié à la non-conformité de genre (Testa et autres, 2015). Ce stress est souvent amplifié par l'intériorisation de la stigmatisation, incitant certaines personnes trans à éviter les situations où elles risquent d'être jugées ou marginalisées (Testa et autres, 2015). Une personne trans qui intériorise une stigmatisation de soi pourrait, par exemple, éviter de fréquenter certains lieux publics afin de ne pas se sentir dévalorisée, accentuant ainsi sa désaffiliation sociale.

Particulièrement visibles durant leur transition sociale, les jeunes trans sont souvent ciblé.es par la discrimination, augmentant ainsi leur vulnérabilité aux troubles mentaux et à l'usage problématique de substances psychoactives (SPA) (Chodzen et autres, 2019; Hatchel et Marx, 2018). L'accès à des soins transaffirmatifs et le soutien familial jouent un rôle protecteur crucial (Gelly et Pullen Sansfaçon, 2021; Katz-Wise et autres, 2021), alors que le rejet dans des milieux tels que l'école ou la famille peut intensifier les comportements à risque, dont la consommation problématique de SPA (Hatchel et Marx, 2018; Klein et Golub, 2016). Ce rejet peut également accentuer le désir de désaffiliation pour éviter le stress et les conflits. Une jeune personne trans, par exemple, qui subit du harcèlement en raison de son expression de genre pourrait cesser de fréquenter l'école, augmentant ainsi son isolement (Grant et autres, 2010; Hatchel et Marx, 2018).

La désaffiliation sociale chez les personnes trans est souvent une réponse complexe et protectrice face aux multiples formes de violence et de marginalisation qu'elles doivent affronter. L'absence de soins transaffirmatifs et de soutien familial peut aggraver cet isolement.



Les personnes non binaires courent un risque plus élevé de dépression, d'anxiété et de troubles liés à l'usage de SPA par rapport aux personnes cisgenres et transgenres (Stanton et autres, 2021). Les facteurs structurels et le manque de connaissances sur la diversité et la fluidité de genre ainsi que les expériences élevées de violence et de traumatisme vécues par les personnes non binaires peuvent exacerber ces disparités en matière de santé mentale et d'usage de SPA (Stanton et autres, 2021).

La désaffiliation sociale chez les personnes trans est souvent une réponse complexe et protectrice face aux multiples formes de violence et de marginalisation qu'elles doivent affronter. L'absence de soins transaffirmatifs et de soutien familial peut aggraver cet isolement.

L'accumulation d'actes d'oppression, liés à des facteurs comme l'appartenance ethnique, l'orientation sexuelle ou le statut socioéconomique, complique encore davantage le parcours des personnes trans (Hatchel et Marx, 2018).

Celles issues d'une minorité ethnique pourraient se sentir encore plus exclues en raison des actes de discrimination croisés, renforçant ainsi leur sentiment d'isolement et leur désaffiliation des sphères sociales. Comprendre cette dynamique est crucial pour appréhender les effets de l'intersectionnalité sur le parcours de vie des personnes trans (Hatchel et Marx, 2018).

Certaines personnes trans choisissent de dissimuler leur identité par crainte de subir de la violence transphobique et de la discrimination. Ce choix peut aussi leur permettre d'utiliser des services et de recevoir des soins appropriés sans avoir à faire leur coming out à répétition ou à constamment justifier la légitimité de leur identité.

De surcroît, l'accès aux services de santé et de réadaptation psychosociale demeure un défi majeur pour les personnes trans. La stigmatisation et la discrimination que celles-ci subissent au sein de ces services augmentent le risque de détresse psychologique (Stanton et autres, 2021). Les personnes de la diversité de genre perçoivent souvent les services comme étant cisnormatifs et fournis par du personnel insensible à leur réalité, suscitant méfiance et désengagement (Connolly et autres, 2020; Matsuzaka, 2018).

Certaines personnes trans choisissent de dissimuler leur identité par crainte de subir de la violence transphobique et de la discrimination (Kcomt et autres, 2020). Ce choix peut aussi leur permettre d'utiliser des services et de recevoir des soins appropriés sans avoir à faire leur coming out à répétition ou à constamment justifier la légitimité de leur identité (Kcomt et autres, 2020). Cette dissimulation peut entraîner un état d'hypervigilance (Ducheny et autres, 2019) et affecter leur santé physique et mentale (White et Fontenot, 2019; Kcomt et autres, 2020). De plus, elle peut retarder l'accès aux services de soins et de soutien affirmant le genre,

ce qui aggrave la santé globale des personnes touchées (Kcomt et autres, 2020). Souvent, les professionnel.les de la santé et des services de réadaptation sociale manquent de formation adéquate sur les questions liées à la transitude, ce qui se traduit par des soins inappropriés et peu sensibles aux besoins particuliers des personnes trans (Connolly et autres, 2020; White et Fontenot, 2019). Sans soins adaptés, la personne trans risque d'être plus vulnérable à la désaffiliation, surtout si elle ne se sent pas en sécurité dans les services de santé, préférant éviter des interactions qui la rendent inconfortable ou marginalisée (Kcomt et autres, 2020).

Aborder des problématiques telles que la stigmatisation, la discrimination, le manque de formation des professionnel.les et l'absence de politiques inclusives dans les services est crucial. La compréhension des expériences vécues par les personnes de la diversité des genres dans les services est essentielle pour cerner et démanteler ces barrières à l'accès.

Le rôle des services de réadaptation psychosociale

Lors d'entrevues effectuées dans le cadre de ma thèse portant notamment sur la signification pour les personnes trans de leurs expériences reliées aux services, certain.es participant.es trans ont mis de l'avant l'importance fondamentale d'une relation de confiance entre les personnes trans et les personnes intervenantes. À leur avis, une personne intervenante efficace est celle qui comprend les réalités vécues par les personnes trans au quotidien et qui s'engage activement sur le terrain. Cet engagement permet d'acquérir des compétences adaptées et d'établir un lien de confiance essentiel pour que la personne se sente en sécurité et soutenue. La construction de ce lien thérapeutique est donc cruciale pour que les personnes trans puissent se sentir entendues, respectées et accompagnées.

Dans cette perspective, les personnes trans défendent l'adoption d'approches de soins transaffirmatives qui mettent l'accent sur le soutien sans réserve de la personne trans dans son parcours, en valorisant son autonomie et en reconnaissant son expertise personnelle. Cependant, certain.es participant.es

[…] une personne intervenante efficace est celle qui comprend les réalités vécues par les personnes trans au quotidien et qui s'engage activement sur le terrain. Cet engagement permet d'acquérir des compétences adaptées et d'établir un lien de confiance essentiel pour que la personne se sente en sécurité et soutenue. La construction de ce lien thérapeutique est donc cruciale pour que les personnes trans puissent se sentir entendues, respectées et accompagnées.

Les défis particuliers auxquels font face les personnes de la diversité de genre, tels que le rejet familial, la discrimination, la violence transphobique et la dysphorie de genre, requièrent des approches thérapeutiques adaptées. L'approche transaffirmative cognitivo-comportementale (ATCC) est proposée, dans l'ouvrage collectif Pratiques psychoéducatives auprès des jeunes trans et non binaires de Cotton et autres (2024), comme une méthode innovante et adaptée à la réadaptation psychosociale auprès des personnes trans. Inspirée des travaux d'Austin et de ses collaborateurs (2017), cette approche encourage les personnes intervenantes à adopter une posture transaffirmative, axée sur la validité et le respect de la pluralité de genre, essentielle pour établir un lien de confiance. L'ATCC soutient activement l'exploration de l'expression de genre et offre un espace sécuritaire pour le partage des expériences (Austin et autres, 2017; Cotton et autres, 2024).

Personnalisée et centrée sur l'individu, cette approche vise à comprendre les liens entre les stresseurs, les pensées, les émotions et les comportements chez les personnes trans. Elle met en lumière l'impact des comportements discriminatoires sur le bien-être psychologique et comment ces expériences influencent les schémas de pensée et les réactions émotionnelles Austin et autres, 2017; Cotton et autres, 2024).

(L'objectif est d'atténuer ces impacts par des stratégies de gestion adaptées et de renforcer la résilience et l'affirmation de soi (Austin et autres, 2017; Cotton et autres, 2024). L'adaptabilité de l'ATCC nécessite une formation continue des professionnel.les et une flexibilité constante des interventions pour répondre à la diversité des expériences des personnes trans. La collaboration avec les communautés trans est également encouragée pour garantir la pertinence et l'efficacité des interventions (Austin et autres, 2017; Cotton et autres, 2024).

La création de programmes efficaces et accessibles pour les personnes trans passe également par l'amélioration et l'adaptation des services existants, la mobilisation des ressources adéquates et la sensibilisation accrue des professionnel.les de la santé. Ces efforts assurent des trajectoires de soins sécuritaires et respectueuses des droits des personnes trans ou non binaires à travers l'ensemble du réseau de la santé.



En somme, comprendre les expériences des personnes trans dans le contexte de la réadaptation psychosociale contribue à la lutte pour l'équité et la justice sociale. En reconnaissant les actes de discrimination et les inégalités que ces personnes doivent affronter, et en y répondant, les professionnel.les et les institutions peuvent jouer un rôle actif dans la promotion d'une société plus juste et inclusive. Lorsque les personnes trans se sentent comprises et soutenues dans leur identité, elles sont plus susceptibles de s'engager dans le processus thérapeutique. Cette confiance et cet engagement sont cruciaux pour l'efficacité de la réadaptation psychosociale, car ils favorisent un environnement dans lequel les individus se sentent en sécurité, leur permettant ainsi d'explorer leurs défis à et de concevoir des stratégies valorisant leur résilience et facilitant leur bien-être global.

Références bibliographiques

Austin, A. et S. L. Craig. (2015). « Transgender affirmative cognitive behavioral therapy: Clinical considerations and applications », *Professional Psychology: Research and Practice*, 46(1), 21, [En ligne], [https://doi.org/10.1037/a0038642].

Austin, A., S. L. Craig et E. J. Alessi. (2017). « Affirmative cognitive behavior therapy with transgender and gender nonconforming adults », *Psychiatric Clinics*, 40(1), 141-156, [En ligne], [https://doi.org/10.1016/j.psc.2016.10.003].

Chodzen, G. et autres. (2019). « Minority stress factors associated with depression and anxiety among transgender and gender-nonconforming youth », *Journal of Adolescent Health*, 64(4), 467-471, [En ligne], [https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2018.07.006].

Connolly, D. et autres. (2020). « Comparing intentions to reduce substance use and willingness to seek help among transgender and cisgender participants from the Global Drug Survey », *Journal of Substance Abuse Treatment, 112*, 86-91, [En ligne], [https://doi.org/10.1016/j.jsat.2020.03.001].

Cotton, J. C. et autres. (2021). « Parcours de transition et bien-être psychosocial des personnes trans, non binaires ou en questionnement identitaire de genre – Résultats d'une enquête québécoise », *Groupe de recherche et d'intervention sur les adaptations sociales de l'enfance (GRISE)*, Sherbrooke, [En ligne], [https://bit.ly/3qgt5dc].

Cotton, J. C. et autres. (2024). « L'évaluation et l'intervention psychoéducative auprès des jeunes trans et non binaires qui consomment des substances psychoactives », Pratiques psychoéducatives auprès des jeunes trans et non binaires, 7, 173-203.

Ducheny, K. et autres. (2019). « The essentials: Foundational knowledge to support affirmative care for transgender and gender nonconforming (TGNC) older adults », *Transgender and Gender Nonconforming Health and Aging*, 1-20, [En ligne], [https://doi.org/10.1007/978-3-319-95031-0_1].

Ehlinger, P. P., A. Folger et J. M. Cronce. (2021). « A qualitative analysis of transgender and gender nonconforming college students' experiences of gender-based discrimination and intersections with alcohol use », *Psychology of Addictive Behaviors,* [En ligne], [https://doi.org/10.1037/adb0000752].

Gelly, M. A. et A. Pullen Sansfaçon. (2021). « Regards croisés de jeunes trans et de leurs parents sur la transition médicale au Canada : quel impact sur l'épanouissement des jeunes? », *Revue Jeunes et Société*, 6(1), 104-127, [En ligne], [https://doi.org/10.7202/1087101].

Grant, J. M. et autres. (2010). « National transgender discrimination survey report on health and health care », *National Center for Transgender Equality and the National Gay and Lesbian Task Force*, Washington, D. C., États-Unis.

Hatchel, T. et R. Marx. (2018). « Understanding intersectionality and resiliency among transgender adolescents: Exploring pathways among peer victimization, school belonging, and drug use », *International Journal of Environmental Research and Public Health, 15*(6), [En ligne], [https://doi.org/10.3390/ijerph15061289].

Katz-Wise, S. L. et autres. (2021). « Longitudinal effects of gender minority stressors on substance use and related risk and protective factors among gender minority adolescents », *PLOS One, 16*(6), e0250500, [En ligne], [https://doi.org/10.1371/journal.pone.0250500].

Kcomt, L. et autres. (2020). « Healthcare avoidance due to anticipated discrimination among transgender people: A call to create trans-affirmative environments », *SSM-Population Health, 11*, 100608, [En ligne], [https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2020.100608].

Klein, A. et S. A. Golub. (2016). « Family rejection as a predictor of suicide attempts and substance misuse among transgender and gender nonconforming adults », *LGBT Health, 3*(3), 193-199, [En ligne], [https://doi.org/10.1089/lgbt.2015.0111].

Matsuzaka, S. (2018). « Transgressing gender norms in addiction treatment: Transgender rights to access within gender-segregated facilities », *Journal of Ethnicity in Substance Abuse, 17*(4), 420-433, [En ligne], [https://doi.org/10.1080/15332640.2016.1264338].

Stanton, A. M. et autres. (2021). « Differences in mental health symptom severity and care engagement among transgender and gender diverse individuals: Findings from a large community health center », *PLOS One, 16*(1), e0245872, [En ligne], [https://doi.org/10.1371/journal.pone.0245872].

Testa, R. J. et autres. (2015). « Development of the gender minority stress and resilience measure », *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity, 2*(1), 65, [En ligne], [https://doi.org/10.1037/sgd0000081].

White, B. P. et H. B. Fontenot. (2019). « Transgender and non-conforming persons' mental healthcare experiences: An integrative review », *Archives of Psychiatric Nursing, 33*(2), 203-210, [En ligne], [https://doi.org/10.1016/j.apnu.2019.01.005].

Lorsque le tissu social se délite



Michel Simard
Études supérieures en criminologie, Chargé de cours, Université de Montréal, Maitrise en théologie à l'Université de Montréal, Chargé de cours, UQTR, Chercheur consultant, CREMIS

Depuis plus de trente ans, Michel Simard accompagne les personnes en situation d'itinérance, ainsi que les organisations communautaires et les établissements publics, dans leurs efforts pour répondre aux besoins des personnes et des communautés en lien avec la désaffiliation et la rupture sociale. Il a été directeur général du Centre Le Havre de Trois-Rivières. Il a été président de l'Association québécoise pour la réadaptation psychosociale, membre fondateur et président du Réseau Solidarité Itinérance du Québec. En 2018, le ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec lui a remis le Prix reconnaissance de carrière Persillier-Lachapelle en reconnaissance de son engagement et sa contribution exceptionnelle à l'amélioration des soins et des services de santé et des services sociaux pour les personnes les plus désaffiliées et vulnérables de la société québécoise.

C'était l'automne, et l'hiver était en approche. Les nuits étaient froides. Nous étions au début des années 2010, l'aube du 21e siècle. Inquiète et ne sachant plus vraiment quoi faire, l'équipe d'accompagnement [1] dont j'étais le conseiller clinique m'avait confié Rose. Elle vivait dehors après s'être fait expulser de son logement au cours de l'été. Elle dormait dans des portiques d'immeubles. Jamais très longtemps. Elle pouvait changer d'endroit plusieurs fois durant la nuit. En fait, elle dormait peu, mais elle marchait beaucoup; en mouvement, elle se sentait plus en sécurité. Lorsque des individus approchaient pour lui parler, elle hurlait et déversait sur eux tout ce qui lui venait à l'esprit comme insultes. Ce qui généralement suffisait à les faire fuir. Cela étant, elle reprenait sa marche jusqu'à ce qu'elle puisse s'assoupir à l'abri des regards, parfois sous un pont, parfois dans un abribus ou un autre endroit isolé. L'essentiel étant de ne jamais rester trop longtemps à la même place. En fait, elle n'était jamais vraiment seule; son monde intérieur était peuplé de voix harcelantes, souvent menaçantes, parfois cruelles, avec lesquelles elle devait composer pour assurer sa survie. La frontière entre son monde intérieur et le monde extérieur était devenue très poreuse et, à certains endroits, totalement inexistante.

> L'itinérance ne nous dit rien sur ce qu'est une personne, mais elle nous dit quelque chose sur ce que celle-ci vit, sur les blessures de l'âme qu'elle porte et, en miroir, sur le monde qu'elle habite.

La porte de mon bureau était ouverte. Nous étions tôt le matin. Rose arrive. C'est la première fois que je la rencontre. Elle entre rapidement, sans frapper, et elle se met debout devant mon bureau. Elle est rouge de colère. « C'est toi le boss? La salope d'intervenante. C'est elle. Tu dois la congédier ». Pendant qu'elle se reposait dans une unité sécuritaire de l'hébergement d'urgence, elle croyait fermement que les intervenants voulaient « effacer son visage ». Je lui dis qu'elle a bien raison d'être en colère, car c'est très important qu'elle se sente en sécurité lorsqu'elle vient au centre d'hébergement d'urgence. Elle inspire profondément et expire lentement en acquiesçant avec la tête. Je l'invite à s'assoir dans un fauteuil. Je m'assois en face d'elle. Elle semble apaisée. Je lui répète qu'il est important qu'elle se sente en sécurité lorsqu'elle vient au centre d'hébergement d'urgence. Elle ne répond pas. Enfoncé dans le fauteuil, son corps semble détendu. Ses yeux sont fermés. Elle dort. Elle avait vraiment besoin de sécurité et de repos.

[1] L'équipe d'accompagnement, constituée d'intervenants d'organismes communautaires et publics, est entrée en fonction à l'automne 2010 à Trois-Rivières. Elle avait pour mission de rejoindre et d'accompagner les personnes vulnérables dans des situations critiques et complexes d'itinérance.

Il commençait à faire de plus en plus froid la nuit. L'hiver approchait avec les grands froids mortels. Nous étions tous inquiets pour Rose. Il fallait lui trouver un logement. Heureusement, c'est ce qu'elle voulait, et le marché du logement n'était pas entièrement saturé comme aujourd'hui. Cependant, elle avait besoin d'aide; elle n'était pas très « présentable », bien qu'elle puisse être recommandable. Il était préférable d'accompagner la recommandation d'une offre de soutien au propriétaire. En fait, elle ne consommait pas et n'invitait personne chez elle. Ce n'était pas une fille de party; elle habitait seulement des histoires intérieures tragiques avec des voix et des visions profondément troublantes que personne d'autre qu'elle n'entendait et ne voyait. Cependant, il lui arrivait constamment d'entrer en conflit avec les voisins qu'elle identifiait à des personnages de ses histoires dramatiques. Après quelques semaines, sans prévenir, elle quittait son logement et retournait à la rue; elle se sentait menacée par un voisin ou par le propriétaire qui, selon elle, voulait la tuer. Elle n'était plus en sécurité. Ce scénario s'est répété plusieurs fois au cours des trois années où je l'ai accompagnée. Les circonstances étaient toujours différentes, mais le scénario était invariablement le même: quelqu'un voulait la tuer, un voisin, le propriétaire, ou une autre personne qu'elle ne pouvait identifier. D'ailleurs, elle allait régulièrement s'en plaindre à la police, qui ne savait trop quoi faire. Plusieurs tentatives avaient déjà été esquissées, sans résultat, pour qu'elle soit prise en charge par la psychiatrie. Elle n'était pas dangereuse, mais dérangeante, très dérangeante. C'est ce qu'on disait. Et surtout, elle refusait catégoriquement toute allusion à la psychiatrie ou à la prise de médicaments, sous quelque forme et à quelque condition que ce soit; son refus était catégorique, et elle menaçait de poursuite quiconque essayait de la convaincre de voir un médecin – surtout un psychiatre – ou de prendre des médicaments. Elle revendiquait ses droits avec la vigueur de quelqu'un qui lutte pour sa survie, convaincue que ce sont les psychiatres qui avaient empoisonné sa mère, et qu'ils n'hésiteraient pas à lui faire la même chose. Disons que sa motivation pour le traitement n'était pas très forte. Alors, après quelques tentatives de références infructueuses, voire désastreuses pour un examen psychiatrique, tous les intervenants ont fini par baisser les bras: elle n'est pas dangereuse, seulement dérangeante. En d'autres mots : il n'y a rien à faire.

Alors, il est très difficile de se résigner à ne rien faire, sans avoir le sentiment de participer à une défaillance profonde du système de santé, ou du projet de la société québécoise, ou à quelque chose comme une perte en humanité.

Et pourtant elle est toujours là, à la rue, tous les jours, nulle part où aller, sans sortie, enfermée à l'intérieur d'histoires traumatiques et à l'extérieur des dispositifs de prise en charge, exposée sans défense aux risques de la rue et du climat, bref à la contrainte des besoins humains. Il fait très froid certaines nuits d'hiver au Québec. Alors, il est très difficile de se résigner à ne rien faire, sans avoir le sentiment de participer à une défaillance profonde du système de santé, ou du projet de la société québécoise, ou à quelque chose comme une perte en humanité. Comment vivre avec ça sans se bricoler une protection, sans s'insensibiliser, sans se cacher derrière une vitre? Je n'aime pas les relations vitrifiées, où l'autre est amputé de ce qui en lui pourrait nous atteindre. Alors, je me suis démené pour rassembler autour de cette situation affligeante un capitaine de police et les responsables respectifs de l'urgence hospitalière et des soins psychiatriques. Nous voilà tous réunis: un comité de sages, pour dénouer une situation limite qui nous concerne tous. Finalement, après avoir validé les faits, tenu compte des possibilités et des limites de chaque organisation et mesuré ce qui était réellement possible, nous avons convenu que dans les circonstances, le mieux que nous pouvions faire était de mettre en place quelque chose comme une vigilance collective et un mécanisme de coordination intersectorielle des actions de tous les acteurs touchés par la situation. Lorsque Rose fera la moindre chose qui puisse justifier une poursuite criminelle, elle sera conduite devant le juge, qui pourra alors ordonner une évaluation et une prise en charge psychiatriques. Rien n'est assuré, évidemment, mais il y a un chemin. Il y a du possible. Nous ne sommes plus enfermés dans l'angoisse « il n'y a rien à faire », et nous ne nous sommes pas réfugiés derrière une relation vitrifiée.



Quelques mois plus tard, Rose a poignardé un homme dans des circonstances troubles. Le plan a fonctionné. Elle a vu le juge. Il a ordonné qu'on lui fasse passer un examen psychiatrique, et elle a été prise en charge. Après un séjour hospitalier, un suivi de proximité et une médication adaptée, elle a pu se stabiliser et vivre à nouveau en logement. Elle est décédée quelques années plus tard, dans un contexte qui n'a pas de lien direct avec cette histoire.

Au-delà de ces particularités, ce récit illustre quelque chose d'étrange, car ce qu'il raconte n'est pas un accident, une exception, mais bien une facette de la normalité du fonctionnement institutionnel. Il raconte la manière dont nous traitons les personnes « désaffiliées » touchées par des problèmes graves de santé mentale lorsqu'elles se retrouvent à la rue, désorganisées, perdues, vulnérables, n'ayant nulle part où aller : on respecte leur liberté de choix. On ne les enferme pas, on les abandonne à elles-mêmes. Nous pouvons aussi dire : on les accompagne. Oui! mais pour aller où lorsqu'il n'y a nulle part où aller?

Lorsque la société devient chaotique, le lien social se délite, la demande de sécurité, de services sociaux[2], de santé et de bien-être augmente. Et il faut répondre, d'une façon ou d'une autre, car les établissements sont débordés; ils ne parviennent plus à accueillir et à contenir la fragilité humaine qui, elle, déborde sur la rue. Ce débordement, c'est ce qu'on nomme sur le sol québécois depuis le milieu des années 80 une « situation d'itinérance ».

L'idéologie de prise en charge institutionnelle a été radicalement déconstruite au cours des années 60-70. À la fin des années 80, au moment du dépôt de la Politique de santé mentale, il n'en restait plus rien d'estimable, ou presque. On pouvait aller de l'avant. Un nouvel horizon idéologique éclairait la route : accompagner les personnes dans leur milieu de vie, et faire en sorte qu'elles n'aient pas à être hospitalisées ou réhospitalisées, ou du moins qu'elles le soient le moins possible. . Il y avait beaucoup d'enthousiasme dans ce projet collectif, animé d'un élan profond et sincère de placer la personne au centre des soins, et de sortir des cadres institutionnels oppressifs. Certes, les contraintes financières de l'État sont apparues rapidement, l'abondance heureuse et naïve de la Révolution tranquille avait laissé la place au manque et à l'austérité, mais l'élan puisait son feu dans les valeurs phares du projet de la société québécoise: l'émancipation et le développement de nos capacités individuelles et collectives, appuyés sur le respect des libertés et des droits des personnes.

> Nous devons accompagner les gens et travailler avec leurs forces, en respectant leurs libertés et leurs droits. Je crois que cela est acquis sur le plan idéologique. Pour ce qui est de la pratique, les choses ne sont pas aussi simples; il ne suffit pas de l'affirmer et d'y croire, il faut le vivre; et surtout apprendre de l'expérience les conditions et les limites de l'émancipation, du développement et de la liberté lorsqu'on manque de tout.



[2] Dans le milieu de la rupture sociale, la formule santé et services sociaux s'inverse; la santé est au service du social, non l'inverse. Cette différence est importante. Elle est au cœur de l'action des organismes communautaires luttant contre l'itinérance, et plus difficile à intégrer dans les établissements publics où la pratique et l'idéologie médicales sont largement dominantes, particulièrement dans les milieux hospitaliers, mais pas uniquement.

> Nous savons que l'itinérance n'est pas une fatalité ; il est possible de la réduire et de la prévenir, l'itinérance, une personne à la fois.

Nous devons accompagner les gens et travailler avec leurs forces, en respectant leurs libertés et leurs droits. Je crois que cela est acquis sur le plan idéologique. Pour ce qui est de la pratique, les choses ne sont pas aussi simples; il ne suffit pas de l'affirmer et d'y croire, il faut le vivre; et surtout apprendre de l'expérience les conditions et les limites de l'émancipation, du développement et de la liberté lorsqu'on manque de tout. Lorsqu'il n'y a vraiment plus rien. Lorsque les liens sociaux se délitent réellement. Lorsque l'impasse se fait sur le projet d'être quelqu'un, quelque part, avec les autres, dans des institutions communes. Le projet de société fondé sur les libertés et les droits de la personne, sans intégrer la fragilité humaine et ses conditions, devient de plus en plus chaotique. La croissance continue et souvent tragique de l'itinérance depuis le milieu des années 80 au Québec est le symptôme de cette dynamique collective dysfonctionnelle que nous ne parvenons pas à maitriser.

Que pouvons-nous faire? Nous avons beaucoup appris au cours des 40 dernières années, particulièrement depuis le début du 21e siècle. Nous commençons à bien connaitre les balises des pratiques réellement aidantes et les conditions pour qu'elles le soient et le demeurent. Nous savons que l'itinérance n'est pas une fatalité; il est possible de la réduire et de la prévenir, une personne à la fois. Mais pour cela, il faut une vision commune, des ressources suffisantes et adéquates, et une gouvernance éclairée, cohérente, engagée et coordonnée au niveau municipal, provincial et fédéral. Malheureusement, nous manquons encore sérieusement de ces trois conditions. Alors, nous gérons, le mieux possible, la croissance du chaos que génère la dynamique de développement d'un projet de société qui semble nous échapper de plus en plus. Il y aurait bien plus à dire, évidemment, mais je dois m'arrêter ici, espérant davantage amorcer que conclure une conversation.

Michel Simard
À la mémoire de Rose, tant aimée, malgré tout



Nous, les indésirables? (2024)

Vitrine de l'exposition issue d'un processus participatif initié et soutenu par l'organisme communautaire l'Engrenage Saint-Roch, à Québec, qui s'intéresse au phénomène de l'itinérance et à l'aménagement urbain.

Un grand succès à renouveler

Des Livres vivants au Salon du livre de Montréal

Découvrez le succès retentissant de l'événement *À la rencontre des Livres vivants* au Salon du livre de Montréal 2024!

Lors du dernier Salon du livre de Montréal – le plus grand rendez-vous littéraire francophone en Amérique du Nord – *À la rencontre des Livres vivants* a remporté un vif succès populaire!

Avec 32 Livres vivants « semeurs d'espoir », 42 heures de partage de récits intenses sur 5 jours, 14 organismes partenaires impliqués et 148 lecteurs, cette initiative de l'AQRP s'impose comme un outil populaire et accessible pour lutter contre la stigmatisation en santé mentale.

Plus de 200 personnes ont visité le kiosque de l'AQRP; 99,9 % des visiteurs recommanderaient cette expérience à leurs amis et collègues.

95,2 % des participants se disent très satisfaits de leur expérience, avec une note moyenne de 4,76 étoiles sur 5.

70 % des participants affirment que leur perception de la santé mentale a changé à la suite des rencontres avec les Livres vivants.

Reportage vidéo : Le Récap du Salon du livre Facebook



Le journal Le Devoir n'a pas hésité à classer *À la rencontre des Livres vivants* « ***parmi les 10 rendez-vous incontournables du Salon du livre de Montréal 2024*** », tandis que l'émission Le 15-18 de Radio Canada a salué cette « *proposition singulière comme étant la plus grande activité de Livres vivants réalisée au Québec* ».

À la rencontre des Livres vivants démontre que cette démarche humaine, immersive et mettant en œuvre la stratégie de contact peut contribuer à briser les barrières et à ouvrir les esprits.

Soyez à l'affût des prochaines bibliothèques vivantes!

Vous désirez participer à ces événements humains de lutte contre la stigmatisation?

N'hésitez pas à joindre
Véronica Vivanco, vvivanco@aqrp-sm.org
ou
Geneviève Ducharme, gducharme@aqrp-sm.org

Découvrez votre prochain numéro dédié à la gestion du risque en santé mentale

Volume 31 – No 2, Printemps 2025

Difficile de bien gérer le risque en santé mentale si l'on ne connaît pas la personne que l'on accompagne. La gestion du risque fondée sur un principe de responsabilité partagée peut-elle devenir un levier de rétablissement?

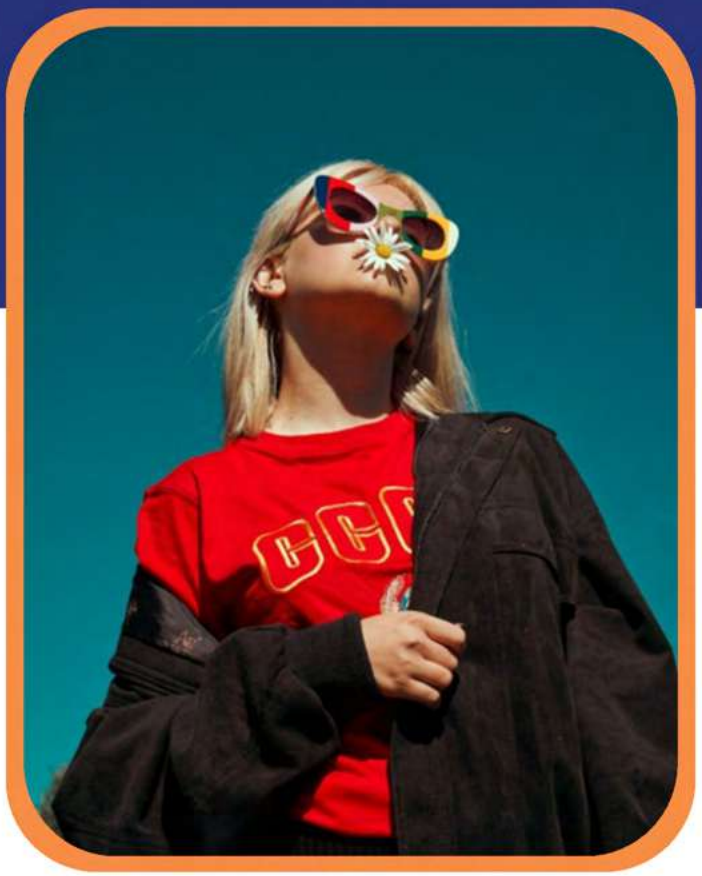
« Comment gère-t-on le risque "réel" vs le risque imaginé ou anticipé? s'interrogent Tania Lecomte et Luc Vigneault. Avec la gestion du risque peuvent aussi surgir la privation de liberté et le risque de violence institutionnelle envers la personne qui nécessite des soins. Toute institution qui utilise la privation de liberté comme outil de gestion du risque doit s'interroger sur son héritage asilaire, ses attitudes stigmatisantes et l'utilité réelle des règles mises en place ».

Les outils d'évaluation du risque, en particulier dans le domaine médicolégal, sont conçus pour déterminer des cibles d'intervention et s'arrimer au rétablissement; mais qu'en est-il dans la pratique quotidienne? « Le courant de recherche du "real world" souligne la nécessité d'une meilleure formation sur la manière de transférer les résultats des évaluations du risque vers les plans d'intervention axés sur le rétablissement et la gestion du risque » (St-Louis et autres).

Toujours dans l'univers médicolégal, Maude Maurice-Philippon nous raconte comment concilier les rôles d'agent de rétablissement et d'agent de surveillance. « Depuis longtemps, nous avons appris à nommer les choses telles qu'elles sont, à refléter les comportements à risque, à rappeler les effets des comportements et à faire des liens avec le but visé par la personne ».

Les enjeux liés à la gestion du risque en santé mentale sont nombreux. La revue *le partenaire* est particulièrement fière de proposer des textes écrits par des experts du domaine doublés de personnes qui croient sincèrement au rétablissement.

L'Association québécoise pour la réadaptation psychosociale



Un 35e anniversaire à l'horizon!

Le 27 mars 2025 s'amorcera la 35e année d'existence de l'Association québécoise pour la réadaptation psychosociale (AQRP).

Le 27 mars 2026 aura lieu cet important anniversaire!

Durant la prochaine année, l'AQRP désire souligner l'importance de votre contribution.

Découvrez dès le 1er avril prochain une toute première surprise…

Restez à l'affût, l'aventure ne fait que commencer.

Pour tout savoir :

- **Suivez-nous sur nos médias sociaux**
- **Visitez régulièrement le** www.aqrp-sm.org
- **Abonnez-vous à notre infolettre :** https://www.aqrp-sm.org/accueil#infolettre