

Université de Montréal

**Les organismes communautaires de Montréal face au vieillissement
et à la précarité des personnes toxicomanes :
perspectives des intervenants et usagers**

Par

Albert Saraga

Doctorat en sciences humaines appliquées

Faculté des arts et des sciences

**Thèse présentée en vue de l'obtention du grade de *philosophiae doctor* (Ph.D)
en Sciences humaines appliquées**

Novembre, 2020

© Albert Saraga 2020

Université de Montréal

Unité académique : Sciences Humaines Appliquées / Faculté des Arts et Sciences

Cette thèse intitulée

**Les organismes communautaires de Montréal face au vieillissement
et à la précarité des personnes toxicomanes :**

perspectives des intervenants et des usagers

Présentée par

Albert Saraga

A été évaluée par un jury composé des personnes suivantes

Sylvie Fortin
Président-rapporteur

Violaine Lemay
Directrice de recherche

Marie-Marthe Cousineau
Codirectrice

Lourdès Rodriguez
Membre du jury

Yves Couturier (Université de Sherbrooke)
Examineur externe

RÉSUMÉ

Cette thèse est centrée sur les organisations communautaires (OC) de Montréal face au vieillissement et à la précarité des personnes toxicomanes. Elle intègre les perspectives de personnes intervenantes et usagères et elle accorde une place prépondérante à l'analyse de l'action des OC : sans ces derniers, Montréal ne serait pas la même sur le plan des services essentiels. Partout où la pauvreté sévit et où les difficultés se multiplient, des milliers de personnes œuvrent dans les OC, redoublant d'effort et d'ingéniosité quand les moyens manquent. Souvent dans l'ombre, ces personnes font preuve de dévouement afin de maintenir leurs services si importants lorsque vient le temps d'apporter un minimum de réconfort, d'espoir, de soulagement, d'accompagnement et d'aide diverse à celles et ceux qui en ont besoin. Or, l'inventaire de leurs besoins est en fait si long qu'il suppose constamment de nouveaux défis à relever dans l'objectif de répondre adéquatement à un maximum d'entre eux. Ici, l'addition des problématiques vécues de façon concomitante que sont le vieillissement, la précarité et la toxicomanie est une source constante de complications et d'intensification de divers problèmes.

D'une part, le vieillissement précoce menace les personnes toxicomanes en raison des effets délétères de l'usage de substances psychotropes. De l'autre côté, les personnes non toxicomanes vieillissantes sont plus susceptibles de devenir physiologiquement dépendantes des médicaments et autres substances à potentiel d'addiction. Les personnes vieillissantes en proie à la toxicomanie sont alors touchées par des problèmes concomitants tels que ceux de la précarité et de l'exclusion. Les ressources axées à la fois sur le vieillissement, la précarité et la toxicomanie sont limitées, souvent inexistantes. Ces problématiques sont la plupart du temps traitées de façon indépendante. Le but de cette thèse est de développer une connaissance et une compréhension à la fois des problématiques propres aux personnes toxicomanes vieillissant en précarité (TVP) et de l'action des OC qui offrent leurs services à cette clientèle.

Le travail exploratoire de cette étude, basé sur une approche qualitative, a reposé sur l'interview de quatorze personnes représentant différentes organisations communautaires, ainsi que de seize personnes vieillissantes utilisant les services d'organismes communautaires. Elles ont été sélectionnées selon les besoins des populations à l'étude. Les résultats de l'analyse d'étude indiquent que les personnes TVP représentent en moyenne 80 % de la clientèle des OC participant à cette étude dont sept organisations leur offrent des services hors mission. Malgré le grand nombre des services offerts, les OC désignent de nombreux besoins spécifiques et immédiats pour faire face à une hausse de fréquentation de la clientèle TVP. Les personnes usagères participant à l'enquête étaient âgées de 55 à 74 ans et trois sur quatre furent des hommes. Le groupe d'âge de 55 à 59 ans, souvent le plus à aider, a été plus présent dans l'analyse en profondeur des problèmes.

Le profil des capacités fonctionnelles des OC, établi à partir du discours des personnes rencontrées, tend à indiquer que les OC se dotent d'une structure organisationnelle adéquate et bénéficient d'une visibilité croissante auprès du public. Ces organisations éprouvent cependant de grandes difficultés sur le plan des ressources financières et humaines. L'amélioration de la situation des TVP, lorsqu'elle repose sur la réussite de stratégies mises en œuvre portant sur les aspects de finances, sur la gestion du personnel ou sur d'autres aspects du fonctionnement des OC, dépend de la collaboration et l'engagement d'un ensemble d'actrices et acteurs d'une société. Chacun et chacune

de ces acteurs— usagers, travailleurs des OC, milieu social du toxicomane, organismes partenaires, entreprises privées et État—possède ainsi une part de responsabilité sur cette question.

Mots clés : Organisation ou *organisme* communautaire, pauvreté, précarité, exclusion sociale, vieillissement, toxicomanie.

ABSTRACT

This thesis focuses on Montreal's community organizations facing the aging and precariousness of addicts: perspectives of stakeholders and users. It integrates the perspectives of stakeholders and users.

Montreal would certainly not be the same without the essential contribution of its' Community Organisations (CO). Wherever poverty prevails, where difficulties strike, thousands of people work in these CO and redouble their efforts, too often in the shadows with the means at hand, forcing them to show ingenuity, resourcefulness, and dedication to maintaining their services, the only source of comfort and hope to relieve, help, and support those who need it most. The list of various needs is too long and this poses new challenges for CO which must broaden their range of services in order to attempt to respond adequately to certain problems experienced concomitantly such as aging, precariousness and addiction.

On the one hand, premature aging threatens addicts because of the effects of psychotropic substance use. On the other hand, aging non addicts are more likely to become physiologically dependent on drugs and other potentially addictive substances. Aging people suffering from addiction are affected by concomitant problems such as precariousness and exclusion. Resources focusing on aging, precariousness and addiction are limited, or even non-existent, since each of these issues is treated independently. The aim of the study is to develop knowledge and understanding of the issues specific to aging and precarious addicts (APA) and the CO offering their services to this clientele.

The field survey of this study, which is based on a qualitative approach, consisted of interviewing 14 representatives of different CO as well as 16 users, all selected according to the predefined characteristics of the research samples. The results of the study analysis indicate that APA people represent on average 80% of the clientele of CO participating in this study, 7 of which offer them services not included in their mission. Despite the large number of services offered, the CO identify many specific and immediate needs to deal with the increase of frequentation by APA customers. The users of the survey are between 55 and 74 years old. 75% are men and 25% are women. The 55-59 age group being significantly representative of the population of APA users seems to be the most problematic. The study confirms what has been underlined in the literature regarding the mental and physical health of people with addiction.

The functional capacity profile of the CO, established on the opinions of the interviewees, shows that the CO have a good organizational structure, have increasing visibility with the public, but they experience great difficulties in terms of financial and human resources. The improvement of the APA clientele situation through the success of the strategies relating to the aspects of finance, personnel management, and the other aspects of the functioning of the CO depend on the cooperation and the commitment of several actors of the society: the users, CO's staff, the addict's social environment, partner organizations, private companies, and the State.

Keywords: Community organization, poverty, precariousness, social exclusion, aging, addiction.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
OBJET DE LA RECHERCHE.....	2
QUESTION DE RECHERCHE.....	4
PRÉSENTATION DE LA THÈSE	6
CHAPITRE 1 :.....	8
INSPIRATIONS CONCEPTUELLES ET NOTIONS CLÉS	8
1.1 DÉFINITION DES CONCEPTS.....	9
1.2 CONCEPTS LIÉS AUX PROBLÉMATIQUES VÉCUES PAR LA CLIENTÈLE DES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES.....	15
1.2.1 <i>Pauvreté</i>	15
1.2.1.1 Quantifier la pauvreté	16
1.2.1.2 Phénomène qualitatif	18
1.2.1.3 Catégories de la pauvreté	21
1.2.2 <i>Toxicomanie</i>	24
1.2.2.1 Statistiques sur la toxicomanie	27
1.2.2.2 La toxicomanie du point de vue des disciplines	28
1.2.2.3 Toxicomanie et société	31
1.2.3 <i>Vieillesse</i>	33
1.2.4 <i>Précarité</i>	35
1.2.5 <i>Exclusion</i>	39
1.2.6 <i>Capabilité, risque et vulnérabilité</i>	42
1.3 CONCEPT DE BESOINS	48
1.3.1 <i>Dimension de la satisfaction des besoins</i>	48
1.3.2 <i>La théorie des besoins de Maslow</i>	48
1.4.3 <i>La théorie ESC d'Alderfer</i>	50
1.4.4 <i>La théorie des besoins de McClelland</i>	50
1.5 EN BREF.....	51
CHAPITRE 2 –.....	55
ÉTAT DES LIEUX DES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES AU QUÉBEC.....	55
2.1 HISTORIQUE DES OC.....	56
2.2 RELATIONS DES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES AVEC D'AUTRES INSTANCES.....	64
2.2.1 <i>Organismes communautaires et instances gouvernementales</i>	65
2.2.2 <i>Politique de reconnaissance et de soutien de l'action communautaire</i>	66
2.4 ENJEUX RENCONTRÉS PAR LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES.....	70
2.4.1 <i>Enjeux financiers</i>	71
2.4.2 <i>Enjeux de la représentation</i>	79
2.4.3 <i>Enjeux de gestion</i>	80
2.4.3.1 Absence de plans de relève	81
2.4.3.2 Gestion informelle	81
2.5 FONCTIONNEMENT ET APPROCHES DU MILIEU COMMUNAUTAIRE.....	82
2.5.1 <i>Épuisement professionnel</i>	84
2.5.1.1 Causes de l'épuisement professionnel	86
2.5.1.2 Épuisement professionnel en relation avec le milieu communautaire	88
2.5.2 <i>L'intervention communautaire</i>	90
2.5.2.1 Différentes approches en matière d'intervention en toxicomanie	90
2.6 INTERDISCIPLINARITÉ.....	92
2.6.1 <i>Définitions et rôle</i>	92

2.6.2 Mode de fonctionnement de l'interdisciplinarité.....	94
2.6.3 Quelques réflexions liées au travail en équipe multidisciplinaire	95
2.6.4 Interdisciplinarité et recherche.....	96
2.6.5 Interdisciplinarité - le choix d'une intervention en toxicomanie.....	97
2.6.6 Interdisciplinarité et valeurs communautaires	99
2.6.7 Interdisciplinarité et épuisement professionnel.....	99
2.6.8 Interdisciplinarité comme facteur de protection	102
2.7 EN BREF.....	104
CHAPITRE 3 –.....	107
CONCOMITANCE DES PROBLÉMATIQUES DE LA CLIENTÈLE DES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES	107
3.1 INTRODUCTION.....	107
3.2 PAUVRETÉ ET TOXICOMANIE.....	107
3.3 PRÉCARITÉ ET EXCLUSION	115
3.4 PRÉCARITÉ ET TOXICOMANIE	117
3.5 VIEILLISSEMENT ET TOXICOMANIE.....	118
3.6 CAPABILITÉS ET TOXICOMANIE	120
3.6.1 Contextes reliés à la pauvreté et la toxicomanie.....	121
3.7 PAUVRETÉ – PRÉCARITÉ – EXCLUSION - TOXICOMANIE	123
3.8 AMPLEUR DES PROBLÉMATIQUES DANS L'AGGLOMÉRATION DE MONTRÉAL.....	125
3.8.1 Toxicomanie et vieillissement de la population.....	125
3.8.2 Précarité socioéconomique dans l'agglomération de Montréal	132
3.9 EN BREF.....	136
CHAPITRE 4 - CADRE MÉTHODOLOGIQUE	138
4.1 INTRODUCTION.....	138
4.2 MÉTHODES QUALITATIVES DE RECHERCHE	139
4.2.1 Populations à l'étude	140
4.2.2 Outils d'étude et collecte de données.....	142
4.2.2.1 Questionnaires de recherche	142
4.2.2.2 Participants à l'enquête du terrain.....	144
4.2.2.3 Entrevues.....	145
4.2.3 Exploration et caractérisation des données.....	149
4.2.4 Analyse des données	150
4.2.4.1 Cadre d'analyse qualitative.....	150
4.2.4.2 Description du processus analytique	152
4.3 DONNÉES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES USAGERS.....	154
4.3.1 Problèmes de santé et consommation des substances.....	156
4.3.1.1 Maladies mentales	156
4.3.1.2 Maladies chroniques	156
4.3.1.3 Consommation de substances psychotropes.....	156
4.4 RÉSULTATS D'ANALYSE.....	157
4.5 RELATIONS ENTRE LES CARACTÉRISTIQUES DES USAGERS	158
4.5.1 Sexe - Aspect financier.....	159
4.5.2 Sexe - Consommation de cigarettes.....	160
4.5.3 Âge - Consommation de drogues.....	160
4.5.4 Résultats d'analyse	161
4.6 EN BREF.....	162
CHAPITRE 5 - RÉSULTATS ET DISCUSSIONS - ORGANISMES COMMUNAUTAIRES.....	164
5.1 INTRODUCTION.....	164
5.2 PROFIL DES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES	164

5.2.1 Période d'activités	164
5.2.2 Personnel et clientèle	165
5.2.3 Mission et objectifs	173
5.2.4 Services offerts et services demandés	175
5.2.5 Résultats d'analyse	180
5.3 APERÇU DES PROBLÉMATIQUES DES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES	182
5.3.1 Taux de fréquentation	182
5.3.2 Points forts et points faibles	184
5.3.3 Problématiques variées.....	185
5.3.4 Résultats d'analyse	186
5.4 PERCEPTION DES PROBLÉMATIQUES	189
5.4.1 Suggestions relativement aux organismes communautaires.....	189
5.4.2 Suggestions relativement aux usagers toxicomanes, vieillissants et en précarité.....	190
5.4.3 Apport au développement de la communauté.....	195
5.4.4 Résultats d'analyse	195
5.5 EN BREF.....	197
CHAPITRE 6 - RÉSULTATS ET DISCUSSIONS -USAGERS DES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES	200
6.1 INTRODUCTION.....	200
6.2 PERCEPTIONS DES PROBLÉMATIQUES.....	200
6.2.1 Fréquentation des organismes communautaires	200
6.2.2 Services reçus	202
6.2.3 Points forts et points faibles des organismes communautaires	203
6.2.4 Problèmes résolus et impact positif	203
6.2.5 Besoins et attentes	205
6.2.6 Recommandations sur l'amélioration de la situation des personnes TVP	207
6.2.7 Résultats d'analyse	210
6.3 RÉCITS DE VIE.....	213
6.3.1 Portrait de Guy	213
6.3.2 Portrait de Victoria	214
6.3.3 Portrait de Marc.....	216
6.3.4 Résultats d'analyse	216
6.4 EN BREF.....	218
CHAPITRE 7 - RELATION DES RÉSULTATS OC – USAGERS & STRATÉGIES DÉCOULANT	220
7.1 INTRODUCTION.....	220
7.2 RECOMMANDATIONS SUR L'AMÉLIORATION DE LA SITUATION DES PERSONNES TVP	220
7.3 POINTS FORTS ET POINTS FAIBLES DES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES	224
7.4 SERVICES REÇUS ET SERVICES DEMANDÉS	225
7.5 PROFIL DES CAPACITÉS FONCTIONNELLES DES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES SELON ORGANISMES COMMUNAUTAIRES ET LES USAGERS.....	227
7.6 STRATÉGIES SUR L'ASPECT FINANCE DES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES	228
7.7 STRATÉGIES SUR L'ASPECT DU PERSONNEL DES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES	233
7.8 EN BREF.....	239
CONCLUSIONS GÉNÉRALES	241
CADRE MÉTHODOLOGIQUE	243
LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES.....	244
LES USAGERS	247
LA MISE EN COMMUN DES PERSPECTIVES DES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES ET CELLES DES USAGERS.....	249
INTÉRÊT DE L'ÉTUDE ET SA PERSPECTIVE	250
LIMITES DE L'ÉTUDE	252

ÉTHIQUE.....	252
BIBLIOGRAPHIE.....	254
A) RENSEIGNEMENTS AUX PARTICIPANTS	341
B) CONSENTEMENT.....	342

LISTE DES FIGURES

Figure I.1. Schéma du fonctionnement des capacités.....	45
Figure I. 2. Corrélation des revenus en fonction de consommation	47
Figure I. 3. Pyramide de Maslow	49
Figure II. 1. Pourcentage du nombre total d’organismes et pourcentage du montant réel des recettes en fonction du domaine d’activités	60
Figure II. 2. Pourcentage du nombre d’organismes signalant des défis d’ordre financier	77
Figure III. 1. Pyramide des âges de population de l’agglomération	126
Figure III.2. Les consommateurs de drogues de la population de 15 ans et plus au Québec en 2008.....	131
Figure III. 3. Facteurs socioéconomiques liés à l’usage de drogues	135
Figure IV. 1. Schéma du cadre méthodologique utilisé pour cette étude.....	139
Figure IV.2. Le cadre d'analyse qualitative de la recherche.....	151
Figure IV. 3. Répartition des usagers selon la catégorie d’âge.....	155
Figure IV. 4. Relation entre variables «Aspect financier» et «Sexe».....	159
Figure IV. 5 Relation entre variables «Sexe» et «Quantité de cigarettes».....	160
Figure IV.6. Relation entre variables «Âge» et «Drogues».....	161
Figure V. 1. Nombre des OC par clientèle desservie	166
Figure V. 2. Nombre d’intervenants par OC	167
Figure V. 3. Nombre de bénévoles par OC	170
Figure V. 4. Pourcentage de la clientèle toxicomane vieillissante précaire par OC	171
Figure V. 5. Pourcentage de la clientèle des OC.....	172
Figure V. 6. Services offerts de l’ensemble des 14 OC par catégorie.....	178
Figure V. 7. Services demandés de l’ensemble des 14 OC par catégorie	179

Figure V. 8. Rapprochement entre le nombre de services offerts et le nombre de services demandés.....	178
Figure V. 9. Distribution graphique des points forts des OC	185
Figure V. 10. Distribution graphique des points faibles.....	185
Figure V. 11. Représentation graphique des suggestions pour l’amélioration des services à la clientèle toxicomane vieillissante précaire dans les services du domaine communautaire	191
Figure V. 12 Répartition du nombre de suggestions par catégories.....	194
Figure V. 13. Répartition du nombre de suggestions par OC	195
Figure VI. 1. Nombre de réponses sur les raisons de fréquentation des OC.....	201
Figure VI. 2. Fréquentation chez les usagers en fonction des besoins fondamentaux de l'être humain	202
Figure VI. 3. Nombre de services reçus par catégorie.....	203
Figure VI. 4. Nombre de problèmes résolus par degré de résolution	204
Figure VI. 5. Nombre de réponses sur l’impact positif des OC.....	204
Figure VI. 6. Échelle de satisfaction en fonction du nombre de besoins	206
Figure VI. 7. Nombre d’attentes personnelles par sujet	207
Figure VI. 8 Recommandation sur l'amélioration de la situation des personnes TVP.....	208
Figure VII. 1. Nombre de recommandations par sujet pour les deux populations	219
Figure VII. 2. Nombre de recommandations par aspects pour les deux populations	223
Figure VII. 3. Participe présent : programme visant la participation communautaire des aînés qui vivent des difficultés psychosociales	238

LISTE DES TABLEAUX

Tableau III. 1. Indice de défavorisation des territoires de CSSS montréalais.....	134
Tableau IV. 1. Critères d'inclusion des populations à l'étude.....	145
Tableau IV. 2. Données sociodémographiques des usagers.....	154
Tableau V. 1. Années d'existence des organismes communautaires montréalais	165
Tableau V. 2. Type de clientèle et nombre d'intervenants par OC.....	168
Tableau V. 3. Principaux types d'intervention des organismes	173
Tableau V. 4. Objectifs des 14 OC	175
Tableau V. 5. Catégories de services offerts par les 14 OC.....	177
Tableau V. 6. OC ayant le plus grand nombre de services offerts par catégorie	178
Tableau V. 7. Catégories d'usagers en hausse de fréquentation	183
Tableau V. 8. Suggestions d'intervenants par catégorie	193
Tableau VI.1. Regroupement des recommandations.....	209
Tableau VII. 1. Nombre de réponses sur les services reçus et les services demandés.....	226

LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS

ACA :	Action Communautaire Autonome
ALV :	Appareil de Loterie Vidéo
COCQ :	Coalition des Organismes Communautaires du Québec
CPLT :	Comité Permanent de Lutte à la Toxicomanie
CQLD:	Centre Québécois de Lutte aux Dépendances
ENONB :	Enquête Nationale auprès des Organismes à but Non Lucratif
ESCC :	Enquête sur la Santé dans les Collectivités Canadiennes
ESQ :	Enquête Santé Québec
IVD:	Indice de Vieillesse Démographique
MFR :	Mesure de Faible Revenu
MPC :	Mesure du Panier de Consommation
OC :	Organismes Communautaires
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
ONF:	Office National du Film
SACA :	Secrétariat à l'Action Communautaire Autonome
SC :	Statistique Canada
SFR :	Seuil de Faible Revenu
TVP :	Toxicomane Vieillissant en situation de Précarité
VAADA :	<i>Victorian Alcohol and Drug Association</i>

REMERCIEMENTS

Cette thèse n'aurait pu arriver à terme sans l'épaulement inconditionnel de plusieurs personnes qui m'ont accompagné, de près ou de loin, au cours de mon cheminement doctoral.

Premièrement je remercie du fond du cœur David S., PhD, pour son aide et amitié. Il n'est plus de ce monde à la suite d'un long combat avec sa maladie. Nous nous sommes rencontrés il y a quelques années dans une salle de traitement où nous étions tous les deux intubés à recevoir un traitement l'un à côté de l'autre. Nos rencontres se sont surtout passées à l'hôpital et son soutien moral, son encouragement et sa confiance m'ont aidé à persévérer et surmonter les obstacles qui se sont présentés devant moi pendant cette période de ma vie.

Je dois également ma gratitude à toutes ces personnes qui m'ont accueilli sur le terrain lors de ma collecte de données, les personnes intervenantes et usagères d'organismes communautaires qui ont participé à ma recherche et échangé avec moi sur les enjeux auxquels ils font face et leurs parcours personnels dans le communautaire. Je les remercie de m'avoir si gentiment accueilli parmi eux et de m'avoir accompagné dans l'exploration de ce paysage que je croyais connaître alors que je le connaissais si peu. Je les remercie de m'avoir permis de poser un regard critique sur ma propre vision du communautaire. Sans eux une telle recherche n'aurait pu aboutir à un tel résultat. Je pense qu'ils sont les principaux acteurs de ce travail et je le leur dois, en espérant que la reconnaissance et le mérite qui leur revient à tous et toutes leur soient enfin accordés.

Un merci tout particulier et toute ma reconnaissance vont à l'endroit de mes deux directrices de thèse, les professeurs Violaine Lemay et Marie-Marthe Cousineau pour la confiance et le soutien qu'elles m'ont accordés depuis le commencement de mon cheminement doctoral. Elles ont été ensemble ou à tour de rôle mon repère et m'ont montré la voie à suivre, les maintes fois où je me suis éparpillé et/ou égaré. Je les remercie pour leur soutien, compassion, persévérance et patience. Elles ont été une source d'inspiration et de motivation pour moi.

Je ne pourrais passer sous silence le soutien, la gentillesse, la disponibilité et la collaboration de plusieurs professeur(e)s au doctorat, Sylvie Fortin, Frédéric Dejean, Anne Calvès et Yves Couturier pour leur précieuse aide et recommandations qui ont certes grandement contribué à faire avancer mon travail.

Enfin merci à ma fille de 16 ans Joanna que j'adore, pour tous les sacrifices qu'elle a dû faire quand « son vieux papa » ne pouvait pas l'aider avec ses devoirs, tous les films que je n'ai pu l'amener voir, les sorties au restaurant que j'ai souvent annulées parce que je m'étais un peu laissé aller en regard de ma thèse et je devais y replonger en priorité et/ou je remettais des occasions de passer du temps avec elle. Je la remercie pour son encouragement, son soutien et sa patience même dans mes moments de frustration et de découragements. Je la remercie d'avoir su comprendre et accepter mes absences et mon éloignement temporaires.

Je tiens également à remercier mon amie de longue date Claire (et son mari Laurent qui a accepté que « j'emprunte » sa femme quand j'en avais besoin...). Elle a su se montrer aidante dans les moments difficiles et je la remercie pour sa patience...

Je ne pourrais passer sous silence l'encouragement et la collaboration de mes médecins et leurs équipes qui me suivent régulièrement pour mes divers troubles médicaux et qui m'ont souvent accommodé avec l'horaire de mes traitements et rendez-vous médicaux afin de m'accompagner et faciliter mon processus doctoral.

Enfin à toutes ces personnes qui à un moment ou un autre ont croisé mon chemin durant cette aventure doctorale, qui m'ont accompagné moralement, qui m'ont encouragé et m'ont conseillé de continuer, vous êtes si nombreux que je ne peux nommer ici, soyez assurés de ma gratitude.

Hegel parle du travail invisible des taupes aveugles, qui creusent des galeries souterraines. À un certain moment, ces galeries font soudainement s'effondrer le sol. La toxicomanie chez les personnes âgées en situation de précarité peut faire penser à cette métaphore. Tout semble aller très bien, vu de l'extérieur, jusqu'au jour où la situation éclate pour une raison indirectement liée à leur dépendance : épuisement des proches, surendettement, hospitalisation d'urgence, accident, maladie, précarité financière et autres...¹

INTRODUCTION

La société québécoise change et sa population vieillit. Considérées physiquement plus faibles, mentalement plus lentes, globalement moins dynamiques et utiles, les personnes qui avancent en âge font quelquefois l'objet d'âgisme ; elles sont victimes de préjugés ou de comportements discriminatoires en raison de leur âge. Que dire dès lors des personnes qui auraient agi, leur vie durant, à l'encontre des normes sociales dominantes, entraînant parfois une précarisation de leurs conditions de vie ? Parmi toutes les générations, celle des baby-boomers est celle qui a consommé le plus de psychotropes (Gfroerer *et coll.*, 2003). Leur mode de vie les a soumis, dans des conditions de pauvreté et de vie précaires, à un vieillissement précoce accompagné de problèmes physiques, émotionnels et socioéconomiques s'additionnant avec le temps (Lloyd *et coll.*, 2005).

Cela dit, que connaît-on véritablement de ce que vivent et éprouvent les personnes âgées en situation précaire ? Évoluent-elles au sein de la société ou en marge de celle-ci ? Se perçoivent-elles comme intégrées et respectées ou stigmatisées, marginalisées et disqualifiées, par leur âge, leur consommation et leurs conditions de vie ? Pour les personnes vieillissantes et toxicomanes en situation de précarité (TVP), les organismes communautaires (OC) offrent-ils des soins et services adaptés à leurs besoins et à leur intégration communautaire de sorte qu'elles soient préservées d'une précarisation couteuse tant pour elles que pour la société ?

Que dire des intervenants qui évoluent auprès de cette clientèle au sein des OC : quelles sont leurs expériences et conditions de travail ? Leurs soins et services répondent-ils aux besoins spécifiques de la clientèle servie ? Bénéficient-ils du sentiment agréable d'un travail bien fait, capable de rejoindre leurs standards de qualité et de sécurité des soins et services dispensés ? Ou, au contraire,

¹ O. TARAMARCAZ, Coralie au pays des taupes aveugles ; *Dépendances* numéro 26, Octobre 2005, p. 17-22

éprouvent-ils au quotidien le sentiment pernicieux de ne pas être en mesure de répondre adéquatement aux attentes de soins et services de leur clientèle ? Leurs rôles et leurs fonctions, ainsi que l'organisation de leur travail, leur permettent-ils d'accomplir leur travail et de construire leur identité professionnelle et personnelle ? De quelle reconnaissance, pouvoir et autonomie bénéficient-ils dans le cadre de leur travail ?

Objet de la recherche

La présente thèse en Sciences humaines appliquées explore comment les OC conjuguent, d'une part, avec le vieillissement et la précarisation dépendantes et, d'autre part, avec les nécessaires enjeux de santé au travail des intervenantes et intervenants qui œuvrent quotidiennement à leurs côtés. En d'autres termes, cette thèse a pour objet l'adéquation entre l'offre de services des OC, les attentes des personnes vieillissantes vulnérables et dépendantes et les exigences de santé au travail des intervenantes et intervenants qui évoluent en leur sein. Le vieillissement et la toxicomanie, alimentant la précarité des conditions de vie, constituent des concepts clés qui permettront de tracer un portrait de la clientèle étudiée par cette thèse. Un communiqué *d'Objectif Drogue* (Gossop, 2008 : 1-2) avance le constat suivant: le nombre de personnes âgées nécessitant un traitement et du soutien afférent à un trouble lié à l'usage de psychotropes devrait plus que doubler d'ici 2020.

Le vieillissement est une réalité aux multiples facettes. Il représente un processus dynamique de changement et d'adaptation lié à la réalité de l'individu et à son environnement. Il s'accompagne d'une vulnérabilité physique, psychique et sociale. En ce qui a trait aux personnes toxicomanes, plusieurs études, en particulier Boers (2008) ont montré que la chronicité de problèmes reliés à l'usage de substances psychotropes conduisait à un vieillissement précoce. En effet, « les personnes toxicomanes qui ont survécu à leur dépendance, ou qui ont réussi à s'en sortir, vieillissent avec leur dépendance ou avec leurs thérapies » (Egli, 2008 : 2). Dans cette perspective, le défi du vieillissement, chez ces personnes toxicomanes, implique de préserver au mieux leur autonomie fonctionnelle, de bien développer leur identité ainsi que d'acquérir et de maintenir un sentiment de sécurité, d'appartenance et d'utilité dans leur milieu de vie (Comité permanent de lutte à la toxicomanie, CPLT, 2001). Il se développe ainsi chez ces personnes des besoins spécifiques.

Plusieurs éléments de connaissance ont été acquis depuis la première consultation du CPLT et de nombreux phénomènes ont été consciencieusement documentés. Un grand nombre d'études ont

ainsi établi que la toxicomanie est rarement un phénomène isolé et qu'elle s'accompagne souvent d'autres problématiques (entre autres Gossop, 2008). Il existe une certaine relation entre la toxicomanie et plusieurs phénomènes : violence conjugale, jeux pathologiques, négligence parentale, décrochage scolaire, troubles de santé mentale, suicide, itinérance, hépatites, etc. La diversité des disciplines dans lesquelles ont été effectuées les études s'y rapportant a permis l'émergence d'une vision interdisciplinaire du phénomène de la toxicomanie. Cependant, certains éléments restent à clarifier et demeurent problématiques dans le portrait de la situation et dans les interventions actuelles au Québec (CPLT, 1999). Parmi ces clarifications, nous pouvons citer la difficulté de recueillir des données ou un manque d'études rigoureuses, quant à certains groupes, et la nécessité de réagir face aux nouveaux phénomènes observés. Ainsi, au Québec, les personnes de 55 ans et plus aux prises avec des problèmes de toxicomanie et de précarité, n'ont pas forcément accès aux services que leur condition requiert (CPLT, 2000). La société québécoise est alors confrontée à un défi majeur : comment s'occuper des besoins spécifiques de personnes toxicomanes vieillissantes ? « Il est essentiel de clarifier ces questions et de répondre à ces besoins afin de poursuivre une lutte efficace contre le phénomène de la toxicomanie et les problèmes qui lui sont associés » (CPLT, 1999 : 18).

Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) du Québec a identifié les personnes âgées, dans son *Plan d'action en toxicomanie 1999-2001*, comme des individus requérant une intervention particulière en toxicomanie, voire une adaptation des services et des programmes offerts. Ce constat est très important étant donné le vieillissement de la population et l'accroissement des problèmes liés à la consommation abusive d'alcool et de drogues au sein de la population québécoise (CPLT, 2001). Cependant, les ressources axées à la fois sur le vieillissement, la toxicomanie et la précarité socioéconomique sont limitées, voire inexistantes. En effet, ces problématiques demeurent traitées de façon indépendante. De ce fait, l'intervention visant à lutter contre la triple problématique de la toxicomanie, du vieillissement et de la précarité socioéconomique trouve ainsi sa place dans la vision et les priorités d'action du gouvernement du Québec.

Le mouvement communautaire, pour sa part, qui œuvre auprès des personnes en situation précaire, est porteur de traditions diverses et fait la promotion de différentes pratiques sociales. Fortement enracinées dans les initiatives de la société civile, ces pratiques se sont développées durant des décennies en fonction de la transformation de la société et des besoins de la population. Ainsi, les

OC qui s'adressent aux personnes âgées ou aux personnes toxicomanes constituent des partenaires privilégiés pour mettre en œuvre des mesures visant à mieux répondre aux besoins spécifiques de la clientèle toxicomane vieillissante. Selon Wallach, Ducandas, Martel, Trottier et Thomas (2013), après les structures de soins de santé spécialisés, les OC constituent les établissements les plus fréquentés par les personnes toxicomanes vieillissants (Brière-Charest, Kim, 2013). Ces OC doivent alors développer des approches spécifiques et des stratégies adaptées aux caractéristiques particulières des personnes âgées.

La manière dont les OC de Montréal répondent à la problématique multiple de la toxicomanie, de la précarité et du vieillissement représente un enjeu essentiel à la qualité des décisions prises et des interventions posées. Il apparaît nécessaire d'associer le phénomène du vieillissement aux problématiques concomitantes de la toxicomanie et de la pauvreté pour dégager une vue plus globale et réaliste des enjeux et des effets produits sur l'intervention et sur la réponse aux besoins des personnes âgées.

Question de recherche

Ce projet a pour objet de documenter et comprendre ce qui caractérise certaines pratiques d'OC quant aux modalités organisationnelles et aux modes d'intervention auprès des populations déterminées comme des personnes toxicomanes vieillissantes. Il s'agit de comprendre comment ces personnes perçoivent les services reçus, dans quelles circonstances elles les utilisent et comment elles s'y adaptent. La question de centrale de cette recherche peut alors se formuler ainsi : *« Sachant que la concomitance de certaines problématiques – dans le cas présent pauvreté, toxicomanie, précarité- que vivent les personnes âgées rend plus difficile la compréhension de leur réalité et sachant que le soutien des OC est crucial pour ces personnes, comment les OC de Montréal conjuguent-ils avec le vieillissement et la précarité des personnes toxicomanes et comment celles-ci réagissent-elles à leur offre de services ? »*

Cette question en sous-entend d'autres : *qu'est-ce que cette (nouvelle) problématique implique au sujet des changements et adaptations dans le milieu communautaire ? Est-ce que cette population visée a des besoins spécifiques ? Est-ce que les OC utilisent la même approche avec tous leurs clients ou une approche générale jumelée à d'autres modes d'intervention ? Est-ce que ces*

personnes âgées réussissent à avoir une qualité de vie suffisante avec ces services ? Qu'en est-il de la norme sociale versus la marginalité, voire l'exclusion de ces personnes ?

D'emblée, il est manifeste qu'une telle série de questionnements ne peut se cantonner à l'intérieur d'une seule discipline. Comment procéder alors, lorsque tous ces questionnements sont au cœur de la motivation du chercheur, lorsque c'est leur ensemble qui fait sens à ce dernier? Il faut opter pour cette liberté de questionnement multiple, que refusent les disciplines séparément, mais qu'offre l'interdisciplinarité telle qu'on la trouve au sein du programme de doctorat en sciences humaines appliquées (DSHA) de la Faculté des arts et des sciences (FAS) de l'Université de Montréal (UdeM). Dans une perspective interdisciplinaire, le dépouillement des écrits a poursuivi l'objectif de cerner le phénomène des OC face à une population spécifique, à partir de perspectives issues de la médecine, de la psychologie et d'autres sciences humaines et sciences sociales. Une telle interdisciplinarité, dans ce qu'elle permet d'accumuler tous les savoirs disponibles sur ce thème, permet de mieux saisir la complexité du vécu des personnes toxicomanes, vieillissantes, et en situation de précarité, les services offerts et reçus par les OC, la réalité des intervenantes et intervenants œuvrant auprès d'elles et les attentes des personnes envers les organismes et les intervenantes.et intervenants Trois sous-questions se rattachent à cet objectif :

- 1. comment les problématiques de pauvreté, de toxicomanie et de vieillissement sont-elles vécues par les personnes âgées ?*
- 2. quels services offrent les OC aux personnes âgées toxicomanes et quelles interventions mettent-ils en œuvre pour favoriser une meilleure qualité de vie ?*
- 3. dans quelle mesure les soins et services dispensés par les OC permettent-ils aux personnes toxicomanes vieillissantes d'avoir une qualité de vie suffisante à leurs yeux ?*

L'objectif général de cette recherche étant de mieux comprendre les services offerts par les OC et reçus par la clientèle qu'ils desservent en rapport avec les besoins et les attentes de cette clientèle formées de personnes toxicomanes, vieillissantes et en situation de précarité, les objectifs spécifiques qui serviront à définir les dimensions du cadre conceptuel d'analyse choisi sont les suivants:

- présenter les problématiques vécues par les personnes âgées qui, analysées en concomitance, suscitent des besoins et attentes particuliers;

- identifier les besoins et attentes de cette population relativement à l'offre de services communautaires;
- décrire les services offerts par les OC montréalais aux personnes toxicomanes vieillissantes et en état de précarité;
- déterminer l'adéquation entre les services offerts par les organismes et les attentes de cette clientèle;
- cerner les impacts de ces services sur la qualité de vie de ces personnes dans leur milieu;
- identifier les pratiques communautaires qui favoriseront une meilleure insertion psychosociale des personnes toxicomanes vieillissantes et en état de précarité.

Présentation de la thèse

La thèse comporte sept chapitres. Le premier chapitre traite du cadre théorique relié aux divers éléments de la question de recherche. Il présente la série de concepts qui interviennent dans la formulation de la problématique à l'étude.. Le but principal de ce chapitre est d'aborder théoriquement ces concepts propres aux personnes toxicomanes vieillissantes en situation de précarité les conduisant à solliciter l'aide du secteur communautaire.

Le chapitre 2 présente un portrait de la situation des OC au Québec. Cette section vise à dégager une compréhension du fonctionnement des OC au Québec, de la légitimité de leur existence sociale et de leur rôle crucial dans la gestion efficace des problématiques de caractère social.

Les différents aspects des problématiques concomitantes qui touchent la clientèle des OC sont présentés dans le chapitre 3. L'accent est mis sur les OC présentes sur l'Ile de Montréal notamment, car le nombre de personnes touchées par les problématiques concomitantes y est en hausse. Conséquemment, les OC s'y trouvant sont nombreuses et diversifiées fournissant un terrain d'étude fertile.

Le chapitre 4 est consacré à la description du cadre méthodologique utilisé pour la réalisation de l'étude. Cette section détaille la méthodologie suivie pour obtenir les informations qualitatives en lien avec la question de recherche. Les outils utilisés pour obtenir les informations y sont présentés, ainsi que les méthodes d'analyse des résultats.

Les chapitres 5 et 6 traitent des résultats de recherche à partir des réponses issues des entrevues tenues avec les représentantes et représentants d'OC et les usagères et usagers participant à cette étude. C'est à travers les résultats et les discussions présentés dans le chapitre 5 que nous prenons connaissance du fonctionnement et du rôle des OC montréalais à l'égard de la clientèle visée par l'étude. Quant au chapitre 6, il décrit les caractéristiques des personnes utilisant les services des OC participant à cette étude, permettant de fournir un profil des personnes toxicomanes vieillissant en précarité (TVP) desservies par ces OC. Également, les problématiques des usagères et usagers y sont aussi traitées. Les résultats présentés dans ce chapitre apportent une meilleure compréhension de la situation des personnes toxicomanes vieillissantes en situation de précarité et de leurs relations avec les OC.

Le dernier chapitre aborde les questions communes aux personnes usagères et intervenantes des OC. Le but de ce chapitre est, d'une part, d'observer les similarités et dissemblances dans la perception des problématiques caractérisant les OC montréalais et leur clientèle TVP, et d'autre part, d'élaborer un profil des capacités fonctionnelles des OC et de déterminer les options stratégiques pour une meilleure gestion des problématiques liées à la clientèle TVP.

Enfin, les conclusions générales, les limites et les développements possibles de ce travail y sont décrits.

CHAPITRE 1 :

INSPIRATIONS CONCEPTUELLES ET NOTIONS CLÉS

La présentation des concepts relatifs à l'objet de cette étude s'avère nécessaire afin de poser la base théorique sur laquelle l'étude de recherche est réalisée.

Les OC étant au centre de l'étude, cela nécessite d'introduire une série de concepts. La définition se construit grâce à une synthèse des théories sur les OC développée dans le secteur social.

Les concepts entourant les problématiques vécues par la clientèle qui fréquente les OC sont aussi développés. Le but est de faire connaître les théories sur les phénomènes qui sont à l'origine des problèmes caractérisant la catégorie des individus qui sollicitent l'aide du secteur communautaire. La pauvreté, la précarité, l'exclusion et la capacité restreinte constituent les dérivés principaux du phénomène du vieillissement de la clientèle toxicomane qui fréquente les OC. Ce sont les mêmes dérivés que l'on trouve aussi chez une clientèle vieillissante submergée par l'ampleur de la toxicomanie dévastatrice dont elle devient victime.

Avec le vieillissement de la population, il est de plus en plus pertinent de se pencher sur tous les aspects que ce processus implique. Le milieu communautaire, comme n'importe quel milieu social, aura à faire face à cette situation démographique prévue pour les prochaines années. La description des concepts pour chaque phénomène séparément et, ensuite, des conséquences engendrées par ces phénomènes combinés permettra de bien comprendre la triple problématique qui identifie la clientèle des OC, cible de cette étude, soit les personnes toxicomanes vieillissantes en situation de précarité.

Il est aussi essentiel de préciser la notion de besoins de la clientèle toxicomane vieillissant en précarité. Les précisions apportées par les principaux concepts retenus explicitent davantage l'objet d'étude et clarifient le sens donné aux éventuelles propositions qui émergeront de l'analyse supportant les recommandations qui en découleront.

1.1 Définition des concepts

Le secteur des OC et des organismes à caractère social que l'on désigne de diverses façons demande à être défini pour bien saisir sa spécificité. Comme le démontre Thayer-Scott (1997), les principaux termes utilisés pour délimiter ce domaine d'activité en tant que secteur sont tous liés à des disciplines et des optiques différentes. Les cinq titres les plus souvent utilisés sont les suivants : secteur sans but lucratif, secteur à but non lucratif, secteur bénévole, troisième secteur et secteur indépendant.

Les économistes optent pour le terme sans but lucratif, du fait que, pour eux, le marché ou secteur à but lucratif représente la norme. Ils ont tendance à percevoir les activités qui ne produisent pas de bénéfice comme un domaine d'activité résiduel ayant une importance relativement faible. De l'avis de Thayer-Scott (1997), certains avocats et comptables préfèrent le terme plus précis « à but non lucratif », du fait qu'ils reconnaissent que les transactions commerciales ne produisent pas toujours un bénéfice, mais que certaines activités qui ont principalement des objectifs sociaux ou autres peuvent générer des excédents. Ils préfèrent donc mettre l'accent sur l'intention – c'est-à-dire le but ou l'absence de but de l'activité – plutôt que sur le résultat. Il va sans dire que les chercheurs en politique s'intéressent principalement aux administrations et à la politique et qu'ils ont par conséquent tendance à qualifier ce secteur émergent de secteur « indépendant » par rapport aux administrations publiques, ou à le désigner sous le nom de « troisième » secteur. Il arrive aussi qu'ils mettent l'accent sur les fonctions stabilisantes et expérimentales du secteur, du point de vue de la stabilité sociale et des changements sociaux. Toujours selon Thayer-Scott, les sociologues s'intéressent davantage à l'aspect social, à la participation et à l'association, qui sont généralisés dans ce domaine, et favorisent par conséquent le terme « bénévole ».

D'autres disciplines et perspectives, comme la psychologie et la religion, le voient comme la promotion du comportement civique ou communautaire, de l'entraide ou de la moralité, tandis que les domaines les plus spécialisés, comme le travail social et la gérontologie, pour ce qui est des personnes vieillissantes, ont tendance à privilégier les besoins sociaux particuliers, comme la nécessité et la capacité de donner des soins et de fournir du soutien.

Hansmann (1987) a souligné que le concept légal qui sous-tend les OC n'a pas trait à la recherche de bénéfices, mais plutôt à deux autres questions : objectif charitable et contrainte de non-répartition. Les restrictions légales et éthiques quant à la répartition des excédents entre les

propriétaires ou les actionnaires constituent la caractéristique qui sert à définir les OC. Il existe un élément sous-jacent, à savoir qu'il s'agit ou non d'une société ayant une existence propre dont les bénéfices sont répartis en fin de compte entre les propriétaires.

Le Groupe d'experts sur la responsabilité et la saine gestion dans le secteur bénévole souligne que toute tentative de cerner les questions que le secteur juge importantes se heurte à l'absence d'une appellation claire, précise et concise qui le désignerait. Le terme « sans but lucratif » (ou à but non lucratif) est le concept le plus général et englobe les organismes et associations de toutes sortes qui composent le secteur : association ou organisme bénévole ou charitable, œuvre d'entraide communautaire, de bienfaisance ou d'utilité publique, association confessionnelle, professionnelle ou militant pour la défense d'une cause. Le secteur des organismes de bienfaisance correspond au concept le plus étroit et se rapporte aux organismes enregistrés comme des organismes de bienfaisance et qui bénéficient d'exemptions d'impôts en vertu de la Loi de l'impôt sur le revenu.

Le Groupe d'experts sur la responsabilité et la saine gestion dans le secteur bénévole² définit son secteur d'intérêt comme ne se restreignant pas à la liste établie par Revenu Canada, mais n'incluant pas non plus l'ensemble du secteur sans but lucratif. Le groupe met plutôt l'accent sur le caractère bénévole et social des associations, avec un accent plus particulier sur les organisations qui :

- ont une vocation d'intérêt public ;
- comptent sur l'apport de bénévoles, du moins en ce qui a trait à la constitution de leur conseil d'administration ;
- bénéficient de la contribution financière des citoyens ;
- ne sont pas placées sous la tutelle directe des gouvernements.

Sont exclus de façon explicite les organismes paragouvernementaux, comme les universités et les hôpitaux, de même que les associations syndicales et professionnelles.

² Le Groupe d'experts sur la saine gestion et la transparence dans le secteur bénévole a matérialisé une initiative venant de lui et créée pour lui afin de l'aider dans ce processus d'adaptation au changement. À l'automne de 1997, la Table ronde sur le secteur bénévole, un groupe d'associations bénévoles nationales non doté de personnalité morale a désigné six personnes investies, à titre bénévole, d'un mandat ayant une triple finalité : • entreprendre une recherche et présenter des propositions utiles au débat sur les modalités de promotion de la responsabilité et de l'administration dans le secteur bénévole; • recueillir l'opinion du secteur au moyen d'une ample consultation; et • remettre enfin un rapport final contenant des recommandations précises. Les membres sont Ed Broadbent, Robert Brown, Dale Godsoe, Angela W.S. Kan, Arthur Kroeger, Monique Vézina.

Dans le cadre d'un projet international visant à comparer les secteurs sans but lucratif dans un certain nombre de pays, Salamon et Anheier (1994) ont exclu de leur définition du secteur des éléments de « l'économie sociale » qui sont exclus en France et parfois au Canada, à savoir notamment : les congrégations religieuses ; les partis politiques, les coopératives ; les caisses d'épargne mutuelle ; les mutuelles d'assurance et les organismes gouvernementaux ». (Reed, Howe. 1999 : 49). Les OC qui sont inclus ont été répartis en dix grandes catégories et en sous-catégories, définies dans la classification internationale des organisations sans but lucratif.

Browne (1996) voulait inclure les organismes de soutien mutuel et les OC autres que de bienfaisance, de même qu'un échantillon d'organismes de bienfaisance enregistrés. Désespérant de pouvoir trouver une liste exhaustive des OC autres que de bienfaisance, ainsi que des organismes et des associations sans but lucratif constitués en société, il a tiré un échantillon des listes de catégories, particulièrement, des syndicats, des organismes environnementaux et des coopératives. Étant donné qu'il s'agissait clairement d'un sous-ensemble du secteur sans but lucratif ou du troisième secteur, il a opté pour le terme « groupes et organismes non gouvernementaux ».

Smith (1992) utilise les données sur le bénévolat de Statistique Canada, mais exclut les bénévoles de la catégorie Emploi et économie, parce qu'elle comprend les efforts bénévoles des associations commerciales et professionnelles, des syndicats et des coopératives, qui ont à cœur à la fois les intérêts de la société et de leurs membres. Smith conclut par conséquent que leurs activités ne sont pas des activités de bienfaisance – services individuels, services récréatifs, services sociaux, éducation, santé et religion – et subdivise par la suite les services sociaux selon cinq regroupements de Statistiques Canada : arts et culture, environnement et faune, bien-être de la société et du public, étrangers et internationaux ainsi que droit et justice.

Rekart (1988) souligne que quatre secteurs fournissent des services sociaux : les gouvernements, les entreprises, les bénévoles et le secteur informel. Elle se fonde sur des documents spécialisés britanniques, y compris ceux du Wolfendon Committee (1978) et de Brenton (1985).

Hatch (*Outside the State 1980* : 15) décrit les organismes bénévoles comme :

- des organismes et non pas des groupes ;

- des organismes qui ne sont pas établis aux termes de dispositions juridiques et qui ne sont pas assujettis à des dispositions législatives habilitantes ni contrôlés par de telles dispositions ;
- des organismes qui ne sont pas commerciaux, c'est-à-dire qui ne réalisent pas de bénéfices ou qui dépendent principalement de frais d'utilisation pour leurs ressources.

Brenton (1985 :108) définit le secteur bénévole de la façon suivante : « organismes officiels, constitutionnellement distincts du gouvernement, autonomes, qui ne répartissent pas de bénéfices et qui sont voués au bien-être du public. »

Borkman et Parisi (1995) définissent les groupes d'entraide, visés par cette thèse, comme des associations bénévoles gérées par des personnes qui utilisent leurs connaissances pour résoudre un problème commun.

Bien qu'il n'y ait que très peu d'écrits sur ce type d'organismes et qu'ils ont suscité peu d'intérêt dans les études concernant les secteurs sans but lucratif ou bénévole, leur nombre est, de toute évidence, élevé, et, en théorie, ils jouent un rôle important au sein de la société communautaire. Leurs rôles au plan social consistent à : faire progresser le pluralisme en créant des collectivités d'accueil ; raffermir les rapports familiaux et les autres rapports grâce à un soutien approprié ; encourager des liens plus étroits à l'intérieur des collectivités ; enseigner les compétences sociales ; transformer les victimes en agents habilités ; et motiver l'action politique.

Les comparaisons internationales de John Bell (1964) font ressortir que, parmi un petit groupe « d'altruistes », les membres les plus engagés et les plus actifs dans les collectivités sont les membres de groupes d'entraide. Lohmann (1992) dresse une liste de quatre catégories fonctionnelles distinctes de groupes d'entraide modernes :

1. des groupes qui mettent l'accent sur l'adoption de nouvelles conduites ou les changements de comportement (*Weight Watchers*, Alcooliques anonymes...);
2. des groupes qui utilisent les « ressources naturelles » que représentent les rapports interpersonnels, en vue de réduire le stress, de diminuer l'anxiété et d'aider les gens à résoudre leurs problèmes de deuil et de perte ainsi que leurs problèmes insolubles (*Parents Without Partners*, groupes destinés aux malades en phase terminale...);
3. des groupes de défense ou associations de protection mutuelle, qui visent à protéger leurs membres, à les aider à maintenir et à améliorer leur identité et leur estime de soi, ainsi qu'à améliorer leur sensibilisation ;

4. des groupes axés sur la croissance qui se concentrent sur les expériences positives et améliorent la croissance personnelle et l'accomplissement personnel de leurs membres en santé et sûrs d'eux.

Leduc-Browne (1996) conclut que les organismes d'entraide ont un objectif public, sont autonomes et ont une fonction de représentation et d'éducation, ainsi qu'une fonction culturelle, artistique ou de service social.

Johnson (1981) offre une classification fondée sur les fonctions suivantes :

- prestations de services
- entraide mutuelle
- groupe de pression
- ressources
- coordination.

Horton Smith (2000), quant à lui, décrit les associations locales d'entraide comme celles qui, en général, dépendent peu ou pas d'un personnel rémunéré, ne sont, la plupart du temps, pas constituées en société, ne sont pas des organismes de bienfaisance enregistrés, comportent des structures informelles, sont axées sur leurs membres et reposent sur ces derniers, sont faciles à constituer et à dissoudre, ont peu de revenus et d'actifs, ont une base locale et sont axées sur la solidarité et des incitatifs particuliers. Toujours selon Horton Smith, ces associations qui ont peu de poids individuellement, en ont beaucoup collectivement et « sont à la source de changements positifs dans la société, favorisent la participation des citoyens à la démocratie, fournissent des services à des personnes autres que leurs membres, contribuent à maintenir la cohésion sociale et constituent une ressource clé d'aide au niveau local dans les cas de désastre, de problématique ou de désordre civil ».

Comme on le constate, les différents chercheurs ne regroupent pas de la même façon ou ne définissent pas le secteur des OC de la même manière. Est-ce parce que les OC sont si nombreux et diversifiés ou est-ce simplement parce que leurs missions diffèrent tellement qu'il est difficile d'en dégager un point commun très explicite ? Néanmoins, quel que soit la définition ou le regroupement de différents chercheurs sur le sujet, certaines caractéristiques communes se dégagent.

Les traits marquants des OC sont la proximité géographique et relationnelle, l'intégration des services offerts dans un ensemble, la capacité d'adaptation et d'innovation et la volonté de prendre

les personnes comme un « tout » et non pas sous une dimension unique de leur expérience. Le caractère bénévole d'une grande partie de ce qui se fait dans ces organismes n'y est pas étranger. Mais ces caractéristiques sont aussi liées paradoxalement, comme nous l'avons vu, à la précarité de ces organismes, reflet du fait qu'ils sont souvent mis sur pied par des groupes de personnes dépourvues de ressources, mais qui connaissent la situation des populations auxquelles elles s'adressent, d'où une proximité de départ.

Des traits marquants des OC, celui de la proximité semble être le plus distinctif : proximité géographique du milieu de vie des populations concernées, proximité personnelle de ces populations par le fait d'avoir partagé les mêmes expériences ou d'avoir les mêmes origines, mais surtout proximité relationnelle par les liens qu'on cherche à développer à l'intérieur de l'organisme lui-même. Que ce soit pauvreté, chômage, toxicomanie ou autres, ces organismes sont fondés par des personnes vivant une certaine problématique et qui ont voulu se regrouper pour s'entraider, partager leurs expériences et favoriser l'émergence de projets d'utilité sociale.

Ces OC s'implantent au cœur d'une communauté urbaine en favorisant l'accessibilité, la souplesse et les rapports informels d'amitié et de solidarité entre les usagères et usagers eux-mêmes et entre ceux-ci et les intervenantes et intervenants. D'ailleurs, la proximité est poussée à un point tel qu'il n'est pas toujours facile de distinguer qui est un bénévole, qui est un usager et qui est un intervenant. Dans la plupart de ces organismes, l'intervention se veut être le plus près possible des gens et de leurs besoins.

1.2 Concepts liés aux problématiques vécues par la clientèle des organismes communautaires

1.2.1 Pauvreté

Le concept de pauvreté n'est pas nouveau. De sa simple définition du dictionnaire Robert, le décrivant comme l'état d'une personne qui manque de moyens matériels, d'argent, de ressources et même d'insuffisance morale, il a évolué dans le temps. Au 19^e siècle, des penseurs comme Tocqueville et Marx se sont penchés sur la question (Paugam, 2005). Ce n'est cependant qu'au début du 20^e siècle que le concept est devenu un objet d'étude plus proprement sociologique avec Georg Simmel. Il écrit qu'« est pauvre celui dont les moyens ne suffisent pas à atteindre ses fins » (Simmel, 2005 : 91). Il ajoute à la fin de son ouvrage que « sociologiquement parlant, la personne pauvre est l'individu qui reçoit assistance à cause de ce manque de moyens » (Simmel, 2005 : 102).

Au début du 20^e siècle, l'École sociologique de Chicago s'est également penchée sur la pauvreté, plus spécifiquement urbaine, en l'abordant par le biais de sujets comme la délinquance, la déviance et la dissolution de la famille (Bisiaux, 2011).

Dans les années 1970, Peter Townsend propose une définition relativiste de la pauvreté. Pour lui, est pauvre la personne qui manque de ressources en référence aux standards proposés par la société dans laquelle elle vit.

Les années 1980 ont constitué un tournant dans la conceptualisation et la préoccupation contemporaine de la pauvreté (Bresson, 2007a). Après les crises économiques qui ont suivi les années d'abondance de l'après-guerre, il y eut une manifestation aiguë de la pauvreté (Mercier, 1995) qui s'est exprimée principalement par une montée du chômage, la précarisation de l'emploi, les phénomènes d'exclusion et les violences urbaines (Bresson, 2007a). De ce point de vue, la pauvreté n'est plus pensée dans un système de classe sociale. Avec la précarité des revenus et de l'emploi, la pauvreté est une situation dans laquelle tout le monde peut se retrouver.

« La pauvreté, comme réalité persistante, est tributaire des contextes sociohistoriques qui, compte tenu des situations, l'engendrent, la réduisent ou l'entretiennent » (Mercier, 1995 : 8).

Pour tenter d'y voir clair, le phénomène est abordé selon deux approches : quantitative et qualitative. Ces deux paradigmes méthodologiques, encore présents dans les débats de méthode,

sont utilisés comme deux façons d'aborder la question de la pauvreté et ce clivage conceptuel ne servira qu'à faire le tour de la question le plus largement possible.

1.2.1.1 Quantifier la pauvreté

Quantifier la pauvreté : cette « notion fait l'objet d'un consensus presque international » (Daniel, 2007 : 20). Comme le fait d'ailleurs remarquer Jany-Catrice (2009 : 27) : « discourir sur la pauvreté, dans nos sociétés contemporaines, débute souvent par un chiffrage ». Pour l'auteure, « ce processus de quantification incarne en quelque sorte la représentation qu'une société a d'elle-même, et la façon dont elle légitimise son projet social, mais aussi peut-être ses richesses » (ibid.). Ainsi, chaque pays, chaque société possède sa mesure de la pauvreté et de son seuil. Il devient alors intéressant de savoir ce qui se fait au sujet de la mesure de la pauvreté au Canada.

Plusieurs approches sont utilisées pour évaluer la pauvreté, et l'approche de la pauvreté selon le bien-être économique est la plus ancienne et la plus courante. Cette approche définit la pauvreté comme un manque de ressources financières pour combler les besoins de base. Nous sommes ici dans le cadre de la pauvreté monétaire ou de revenus. Un seuil, en deçà duquel la population étudiée est considérée comme pauvre, est défini. La pauvreté monétaire peut être absolue ou relative. Relevons qu'une mesure de pauvreté absolue est plus adaptée dans les pays en développement, où une part importante de la population vit autour du seuil de survie minimal, alors que dans les pays développés, où la sécurité alimentaire est quasiment assurée, la pauvreté se fonde davantage sur des valeurs relatives (Cogneau *et coll.*, 1996).

Les auteurs de cette approche (Adam Smith, Charles Booth, Seebohm Rowntree) utilisent des indicateurs quantitatifs pour mesurer la pauvreté (revenu, dépense, consommation individuelle ou des ménages, etc.). Tout accroissement de ces indicateurs augmente le niveau de bien-être. Le Canada et le Québec utilisent principalement des indicateurs de pauvreté s'inscrivant dans l'approche du bien-être économique (DeGroot-Magetti, 2002).

Il n'existe pas de seuil officiel de pauvreté au Québec ni au Canada : il n'y a que des manières différentes de mesurer le seuil de faible revenu (Ulysse, 2007 ; Statistique Canada, 2012). Statistique Canada (SC) utilise trois mesures : le seuil de faible revenu (SFR), la mesure de faible revenu (MFR) et la mesure du panier de consommation (MPC). Ces trois mesures s'expriment selon un revenu médian. En fait, on détermine le revenu décent en fonction de la classe moyenne, considérée comme la plus nombreuse au Canada. Examinons chacune des mesures.

Le seuil de faible revenu.

Utilisé par Statistique Canada depuis les années 1960, « un seuil de faible revenu est un seuil de revenu en deçà duquel une famille est susceptible de consacrer une part plus importante de son revenu à l'alimentation, au logement et à l'habillement qu'une famille moyenne » (SC, 2012 : 8).

La mesure de faible revenu

Utilisée depuis 1991 pour faciliter les comparaisons internationales, « la mesure de faible revenu (MFR) est un pourcentage fixe (50%) du revenu ménager médian « ajusté », ce dernier terme traduisant la prise en compte des besoins du ménage » (SC, 2012 :10).

La mesure du panier de consommation

Développée par Ressources Humaines et Développement des Compétences Canada (RHDCC) à la fin des années 1990, « la mesure du panier de consommation (MPC) est basée sur le coût d'un panier de biens et de services correspondant à un niveau de vie de base. Le panier comprend la nourriture, l'habillement, le transport, le logement et les autres dépenses pour une famille de deux adultes âgés de 25 à 49 ans et deux enfants âgés de 9 à 13 ans » (SC,2012: 12).

Selon Statistique Canada (2012 : 13), « pour déterminer si une personne est à faible revenu, on compare la ligne appropriée à son revenu familial ou ménager. Si leur revenu est inférieur au seuil de faible revenu, cela veut dire que la personne est en faible revenu ».

Selon certaines statistiques, au Canada, entre 1993 et 1996, il y avait 12% de familles à faible revenu (après impôt). Ce chiffre ne dit cependant pas si ces familles l'étaient de façon « permanente » ou « temporaire » : c'est une mesure de faible revenu dans un intervalle donné. Dans la même période, le nombre de personnes ayant vécu une année au moins avec un faible revenu se chiffre à 21% (Morissette, Zhang, Drolet 2002). Les statistiques de 2007 estimaient à 9,2% le pourcentage des gens qui vivent sous le seuil de faible revenu au Canada et 10,7% au Québec (Collin et Jensen, 2009). Selon la même source, environ 40% des Canadiens s'étaient retrouvés en situation de faible revenu entre 2002 et 2007 ; parmi eux, 23% n'avaient pas terminé leurs études secondaires. Finalement, à Montréal, on estimait en 2000 que 21 % de la population vivait sous le seuil de faible revenu (Apparicio, 2006).

Que nous apprennent ces statistiques sur la pauvreté ? D'abord, qu'il y a un seuil de faible revenu en deçà duquel il n'y a principalement que les besoins de base qui soient satisfaits et qu'environ

une personne sur dix au Canada se retrouve sous ce seuil. Mais ces chiffres ne nous disent rien sur la pauvreté. Est-on pauvre sous ce seuil ou bien y a-t-il un seuil implicite, encore plus bas, sous lequel on peut parler de pauvreté ? Ce qui est intéressant ici, c'est que la société canadienne a choisi, volontairement ou involontairement, de ne pas tenter de mesurer la pauvreté. Est-ce à cause de la difficulté de l'entreprise ou parce que l'on ne veut socialement pas marquer cette population ? Et si l'on ne veut pas essayer de marquer les personnes pauvres, est-ce pour ouvrir une voie à une rhétorique pour ne pas les reconnaître ou plutôt pour ne pas les stigmatiser ?

Au-delà du débat d'intention, on s'aperçoit que les chiffres n'aident pas à définir la pauvreté. Les mesures de faible revenu nous donnent une approximation, dans une société donnée, de ce qui est considéré comme étant une zone de « survie », un seuil au-dessous duquel on vit moins aisément que les autres (Bresson, 2007b). Être une personne à faible revenu, est-ce que cela signifie du même coup être pauvre ? Essayer de comprendre et d'expliquer la pauvreté au Canada à partir de ces seules bases statistiques est hasardeux. « Les difficultés à proposer une définition rigoureuse contribuent à l'arbitraire des mesures de la pauvreté » (Bresson, 2007b :11).

L'approche quantitative de la pauvreté reste limitée au regard d'un quelconque lien avec d'autres problèmes sociaux.

1.2.1.2 Phénomène qualitatif

Si les statistiques sont insuffisantes pour cerner la question de la pauvreté, l'approche qualitative pourrait en révéler davantage. Qu'est-ce qui pourrait, de ce point de vue, caractériser la pauvreté et lui donner un contour plus explicite ? « En sociologie (tout comme, implicitement, dans le langage courant), la pauvreté est d'abord un paradigme, une manière particulière d'aborder les problèmes des populations, qui postule l'idée de privation, de manque, notamment matériel » (Bresson, 2007b : 12). Cette notion semble d'ailleurs tomber sous le sens commun, une sorte de prénotion ou de préjugé d'évidence : « au sens obvie, la pauvreté renvoie à un *manque* dont la provenance peut être de différentes sources » (Mercier, 1995 : 10).

La pauvreté pourrait ainsi se définir comme une insuffisance de ressources matérielles (logement, nourriture, vêtements) ou non matérielles (éducation, relations sociales, développement personnel). En d'autres mots, la pauvreté implique qu'un individu est incapable de subvenir convenablement à ses besoins essentiels. Cette notion de manque est très proche de l'approche quantitative. Elle en

est un complément : en dessous d'un certain seuil de revenu, une personne peut possiblement ou effectivement manquer de ressources.

L'idée de manque est-elle suffisante pour saisir les subtilités du phénomène de la pauvreté ? Le Conseil de l'Europe (2002) nous propose d'envisager la problématique de manière plus vaste (p. 399). On reconnaît généralement que la pauvreté est :

/.../ un phénomène multidimensionnel, ayant des composantes à la fois psychologiques, politiques, collectives et autres », ainsi qu'une dimension matérielle (traditionnellement décrite en termes financiers). Les fondements de ce phénomène peuvent être économiques, sociaux, politiques ou environnementaux. Et la pauvreté a aussi plusieurs facettes : elle peut être rurale ou urbaine, permanente ou temporaire. Certains seront pauvres toute leur vie, tandis que d'autres peuvent connaître la pauvreté à un certain moment, puis en sortir : ce n'est pas, en l'occurrence, une condition figée. Appréhender la pauvreté en termes de capacité permet ainsi de prendre en compte l'ensemble des éléments en interaction dans l'amélioration de la qualité de vie, et cela, de manière adaptée aux attentes et aux cultures des bénéficiaires de l'action mise en place. » (Conseil de l'Europe, 2012 :399)

La pauvreté est d'abord décrite par les populations locales comme des privations matérielles, mais aussi sanitaires (« la maladie limite la capacité à travailler et est cause de marginalisation sociale ») et sociales (« difficulté à participer aux cérémonies faute de vêtements décents, ce qui provoque la marginalisation »). Selon le Conseil de l'Europe, « être pauvre, c'est ne pas pouvoir choisir ses activités, ne pas pouvoir mener ses projets à bien ou encore ne pas être mobile, ce qui est aussi une entrave importante dans ce milieu où la pluriactivité entraîne une forte mobilité saisonnière ». On évoque ici « le caractère dynamique et multidimensionnel du phénomène de la pauvreté » (Racine, 2007 : 93).

On pourrait parler de dimensions (ou paramètres) du phénomène de la pauvreté : géographique (lieu où l'on vit), anthropologique et culturelle (société dans laquelle on vit), sociologique (classe), économique (revenu). La gestion d'un faible revenu ne dépend pas seulement du fait que l'on manque d'argent, elle dépend également du contexte et de la situation de la personne.

L'équation « la pauvreté est égale à un manque de revenu » est insuffisante. Elle ne montre qu'un aspect de ce que peut être une problématique de pauvreté, elle n'explique rien et ne montre qu'une dimension de la pauvreté. Ainsi, la notion de manque donne une représentation sociale de la pauvreté, une sorte d'image sociale, et en permet une quantification. Cette approche est simple,

conceptuellement efficace, mais un peu simplificatrice : avec cette approche, on occulte les différents et multiples paramètres et dimensions qui permettent de comprendre la complexité du phénomène. Mais vouloir définir la pauvreté selon toutes les dimensions du phénomène est une tâche qui s'avère irréaliste : une définition complexe n'ajouterait que de la complexité à une problématique qui l'est déjà. De ce point de vue, vouloir définir clairement la pauvreté semble limité. Il faut donc pouvoir se tourner vers une alternative conceptuelle.

Outre la définition qu'on peut donner à la pauvreté, on peut aussi se demander qui sont les pauvres. La question d'une typologie ou d'une forme de la pauvreté est également légitime. Parler de la pauvreté, est-ce toujours parler de la même chose ? La pauvreté se manifeste-t-elle toujours de la même façon ? Il s'agit principalement ici d'un exercice d'élargissement de la catégorie pauvreté.

Qui sont ces individus pauvres, en situation de manque ? « L'établissement de repères pour différencier les pauvres des non-pauvres représente d'énormes difficultés » (Mercier, 1995 : 20). Mais pour établir des repères, on peut se servir « du seuil de pauvreté comme d'un tranchoir » (Sen, 2000 : 172).

Comme il a été souligné, ce « tranchoir » peut cependant s'avérer aléatoire. Les statistiques n'indiquent en rien qu'« être pauvre signifie beaucoup de choses. C'est à la fois un état, une position sociale, une perception et un problème » (Schechter et Paquet, 2000 : 218).

Les mêmes auteurs font plus loin un autre constat intéressant. Les pauvres ne constituent pas un groupe homogène, pris dans une spirale de reproduction dont la cause est attribuable à leur exclusion systématique du marché de travail et *tutti quanti* et dont la situation empire à cause du démantèlement de l'État-providence, fruit du néolibéralisme et de la globalisation. Au contraire, les pauvres sont mobiles, hautement différenciés, et leur situation s'explique par plusieurs facteurs. Parmi ces facteurs, certains sont la conséquence de cycles économiques, certains résultent des +politiques gouvernementales et d'autres encore sont les résultats de choix individuels.

Étiqueter les pauvres, c'est délimiter un territoire social avec une population hétérogène. Et les différences peuvent se situer à tous les points de vue : « les pauvres en termes de revenus ne sont pas forcément les mêmes que ceux qui se sentent pauvres ou que ceux qui sont pauvres en conditions de vie » (D'Agostino et Duvert, 2008 : 20). Il serait donc réducteur de mettre tous les pauvres dans un même groupe. Il est ainsi difficile de dire qui sont les pauvres. Gardes et Langlois (1995 : 33) écrivent qu'« on est pauvre par rapport aux normes acceptées dans l'ensemble de la

société à un moment donné, certes, mais également par rapport aux normes du groupe social auquel on appartient ou auquel on s'identifie ». Ainsi, selon les critères choisis, le groupe des pauvres peut varier.

1.2.1.3 Catégories de la pauvreté

On définit souvent la pauvreté par rapport à une conception absolue ou relative. La notion de pauvreté absolue réfère à un minimum de survie. Que ce soit « le minimum vital » (Conseil de l'Europe, 2002 : 398), un « minimum de subsistance reflétant un budget nécessaire à l'accession à un standard de niveau de vie minimum obtenu par la consommation d'un ensemble de biens et services jugés indispensables » (Loisy, 2000 : 27) ou un « niveau de consommation minimal » (Herpin et Verger, 1998 : 5), « on associe généralement la pauvreté absolue au manque de l'avoir, à l'incapacité de subvenir aux besoins primaires liés à la survie ». (Mercier, 1995 : 10). La pauvreté absolue réfère donc à une incapacité d'assurer sa survie. Elle est souvent associée à un seuil, différent d'un pays à l'autre, qui marque le manque absolu. C'est une catégorisation par rapport aux besoins primaires et qui ne tient pas compte du contexte historique politique, économique ou social : cette pauvreté absolue est la même en tous lieux et à toutes époques.

La notion de pauvreté relative est basée sur un choix arbitraire du seuil de pauvreté. Ainsi, la pauvreté « signifie être en bas de l'échelle des revenus » (Loisy, 2000 : 30). La description qu'en fait le Conseil de l'Europe (2002 :399) donne des paramètres précis en ce qui a trait à cette notion :

En ce qui concerne la notion de "pauvreté relative", il s'agit de définir et de mesurer la condition d'un groupe spécifique par rapport à d'autres groupes vivant dans le même environnement, dans la même collectivité ou le même pays. Ainsi, quelqu'un considéré comme pauvre dans les pays développés aura probablement un revenu supérieur à celui d'une personne considérée comme "aisée" dans un pays moins développé. En l'occurrence, la notion de pauvreté est fonction des traditions, des normes et des valeurs de chaque pays et de chaque région du monde. Dans ce contexte, la vision que l'on a de la "pauvreté" a aussi une dimension culturelle » (Conseil de l'Europe, 2012 : 399)

La pauvreté relative exprime que l'on n'est pas pauvre de la même façon partout. Cela dépend des paramètres choisis pour la catégoriser dans une société donnée. Être pauvre ne revêt pas les mêmes dimensions selon qu'on le soit dans une société pauvre ou dans une société riche. De ce point de vue, « un individu est défavorisé lorsque ses conditions de vie sont inférieures à celles de la majorité de la population dans une société donnée » (Apparicio, 2006 :523). Dans un cadre de

pauvreté relative, il est difficile de comparer l'état de la pauvreté d'un pays à l'autre, car chaque culture ne choisit pas les mêmes critères pour décrire le phénomène.

Paugam (2005) catégorise la pauvreté en formes élémentaires. Celles-ci correspondent « à un type de relation d'interdépendance entre une population désignée comme pauvre – en fonction de sa dépendance à l'égard des services sociaux – et le reste de la société ». Le chercheur distingue ainsi trois formes élémentaires : la pauvreté intégrée, la pauvreté marginale et la pauvreté disqualifiante.

Ces formes de pauvreté proposées par Paugam pourraient être perçues comme une catégorisation chronologique : d'une forme de pauvreté « traditionnelle » (pauvreté intégrée), on passe à une pauvreté comme un phénomène minoritaire dans un contexte d'abondance (pauvreté marginalisée) à une pauvreté « nouvelle », à un phénomène d'exclusion sociale, dans un contexte de transformations économiques et sociales (pauvreté disqualifiante). D'un point de vue synchronique, ces catégories possèdent des contours flous : dans nos sociétés actuelles, comment distinguer une pauvreté marginale d'une pauvreté disqualifiante ? Ou encore, comment distinguer une pauvreté intégrée d'une pauvreté marginale ? Pour Paugam, « chaque forme élémentaire de la pauvreté correspond à un état d'équilibre relativement cristallisé des relations entre des individus inégaux (des pauvres et des non pauvres) à l'intérieur d'un système social formant un tout » (ibid : 234).

Et au-delà de la définition, la pauvreté se vit. Pour ceux qui sont aux prises avec le problème, il n'est plus question de savoir ce qu'elle est, mais plutôt de savoir comment s'en sortir ou comment vivre avec. Plus qu'un phénomène social, la pauvreté est une condition d'une partie de la population. Et les causes peuvent être multiples : « plusieurs caractéristiques individuelles peuvent révéler la pauvreté : le chômage, la monoparentalité, l'isolement, la faible scolarité, le décrochage scolaire, le fait d'être un immigrant récent ou d'appartenir à une minorité visible, etc. » (Apparicio, 2006 : 525). D'autre part, la pauvreté peut se décliner « sous différentes figures sociales qui peuvent se résumer à une série de couples de situations : jeunes/vieux ; hommes/femmes ; légalité/illégalité ; pauvreté avec prédation (femmes battues, prisonniers) /pauvreté avec dons de soutien (groupe des pairs) » (Daniel, 2007 : 88). Dans la réalité, la pauvreté n'a pas qu'un seul visage. Ses raisons sont multiples et dépendent du contexte. Mais « les sources de la pauvreté ne sont pas toutes d'ordre social » (Schechter et Paquet, 2000 : 229). La pauvreté d'un individu est souvent la combinaison d'un contexte social et d'une histoire personnelle particulière.

Enfin, pour mieux comprendre le phénomène de la pauvreté, il faut faire une parenthèse sur deux notions qui lui sont étroitement associées dans notre contexte contemporain : la précarité et l'exclusion. Fondamentalement, ce sont des termes parmi d'autres : « pauvreté, misère, quart-monde, situations défavorisées, précarité, grande pauvreté, nouvelle pauvreté, galère, groupes marginaux, bas revenus, exclusion sont parmi les termes qui sont le plus souvent utilisés et dont l'emploi est sujet à des phénomènes de mode » (Herpin et Verger, 1998 : 3). Mais au-delà d'une idée d'un « paradigme ambiant », ces deux notions s'avèrent pertinentes, en particulier pour comprendre le phénomène de la pauvreté.

Après ce tour d'horizon, que retenir de la pauvreté ? D'abord, c'est un phénomène complexe et multidimensionnel, qui n'est pas quelque chose de stable et monolithique. Il faut également reconnaître que la pauvreté ne peut avoir de définitions absolues, parce qu'elle est une notion relative et variable selon les époques et les lieux (Paugam, 1998). Il faut donc, pour définir la pauvreté, retenir les paramètres qui sont pertinents pour le temps et le lieu dans lesquels cette définition s'inscrit, et mettre cette définition en perspective de l'objectif de recherche qui est fixé. La pauvreté a été examinée précédemment selon des axes conceptuels différents : diachronique/synchronique ; quantitatif/qualitatif ; théorique/empirique. Les critères pertinents seront retenus selon les mêmes axes. Il s'agit de se donner des repères, une voie pour voyager dans un territoire conceptuel complexe, tout en sachant que le territoire est trop vaste pour être parcouru en entier.

La pauvreté a un contexte : elle a une histoire et une géographie. Elle se définit par rapport à une société donnée. Dans le temps, le concept de pauvreté fait référence, depuis les années 1980, à la « nouvelle pauvreté » qui n'est pas un phénomène de classe sociale, mais qui peut toucher tout le monde. N'importe qui peut « devenir » pauvre. Cette pauvreté est associée à la précarité et à l'exclusion, notions sur lesquelles nous reviendrons dans la partie suivante. Les gens pauvres habitent un lieu, que ce soit un milieu rural ou urbain, un pays riche ou un pays pauvre. Notre référence est le Canada, plus précisément la province de Québec, et encore plus précisément la ville de Montréal. C'est donc un contexte urbain dans un pays riche et démocratique, un lieu de droits et libertés.

La pauvreté est un phénomène qui se chiffre et se déchiffre. Chaque société essaie de se donner des balises statistiques pour mesurer le phénomène. Même si elles sont arbitraires et

méthodologiquement biaisées, ces mesures sont utiles pour cerner le phénomène et pour obtenir un ordre de grandeur. Bien qu'elles puissent être absolues ou relatives, elles sont cependant insuffisantes pour cerner la pauvreté. Il faut également la définir qualitativement. Elle est principalement associée à un manque, surtout monétaire. Ce manque peut aussi être défini comme un « déficit de capacité » : la pauvreté n'est ainsi pas seulement une incapacité pécuniaire, mais également une impuissance à choisir librement les fonctionnements nécessaires à l'existence.

Et au-delà de la définition, la pauvreté se vit. Pour ceux qui sont aux prises avec le problème, il n'est plus question de savoir ce qu'elle est, mais plutôt de savoir comment s'en sortir ou comment vivre avec. Plus qu'un phénomène social, la pauvreté est une condition d'une partie de la population. Et les causes peuvent être multiples : « plusieurs caractéristiques individuelles peuvent révéler la pauvreté : le chômage, la monoparentalité, l'isolement, la faible scolarité, le décrochage scolaire, le fait d'être un immigrant récent ou d'appartenir à une minorité visible, etc. » (Apparicio, 2006 : 525). D'autre part, la pauvreté peut se décliner « sous différentes figures sociales qui peuvent se résumer à une série de couples de situations : jeunes/vieux ; hommes/femmes ; légalité/illégalité ; pauvreté avec prédation (femmes victimes de violence, prisonniers), pauvreté avec dons de soutien (groupe des pairs) » (Daniel, 2007 : 88). Dans la réalité, la pauvreté n'a pas qu'un seul visage. Ses raisons sont multiples et dépendent du contexte. Mais « les sources de la pauvreté ne sont pas toutes d'ordre social » (Schechter et Paquet, 2000 : 229). La pauvreté d'un individu est souvent la combinaison d'un contexte social et d'une histoire personnelle particulière.

1.2.2 Toxicomanie

Addiction, dépendance et toxicomanie sont les trois termes les plus couramment utilisés pour faire référence à la consommation répétée et dommageable de substances psychoactives. Au Québec, l'emploi du terme toxicomanie est le plus courant pour désigner ce comportement. L'étymologie du terme revoit aux mots grecs « toxicon » et « manie », soit édité « folie du toxique » (Shenckery, 2006). La définition de la toxicomanie est similaire dans les différentes écoles de pensée et renvoie à la consommation d'une substance psychoactive qui dépasse la simple utilisation ponctuelle et qui mène à une dépendance. D'abord, il se développe une dépendance physique causée par l'adaptation de l'organisme à la substance en réponse à une augmentation de la tolérance métabolique envers cette dernière. Il en découle des symptômes de sevrage s'il y a une diminution ou un arrêt de la

consommation de cette substance. Généralement, la dépendance physique s'accompagne d'une dépendance psychologique, soit le besoin intense de consommer la substance même s'il n'y a plus (ou pas) de dépendance physique ou de symptôme de sevrage (Centre Dollard-Cormier, 2010).

Le terme dépendance est aussi utilisé seul, comme un équivalent de toxicomanie, pour décrire le phénomène psychique et physiologique ayant lieu lorsqu'un comportement d'intoxication est répété. Les critères habituellement considérés pour départager la consommation récréative d'un trouble sont ceux que l'on retrouve dans le DSM-5 (2013), soit « un ensemble de symptômes cognitifs, comportementaux et physiologiques, indiquant que le sujet continue à utiliser la substance malgré des problèmes significatifs liés à la substance ». Les auteurs du nouveau DSM ont, en revanche, choisi les termes « trouble lié à l'usage d'une substance » pour référer à ce que nous définissons comme la dépendance. Ce terme spécifie l'idée qu'il ne s'agit pas d'un effet seul de la substance, mais d'un trouble relié au « contrôle » et à l'« usage » de celle-ci. Cette appellation annonce, par ailleurs, la médicalisation du trouble en éliminant les termes « manie » et « dépendance » historiquement plus reliés à la psychologie.

Le terme addiction a récemment pris une place importante dans les écrits psychanalytiques de langue française abordant la dépendance. Ce terme inclut, à la différence du terme toxicomanie, qui fait référence à l'utilisation d'une substance toxique, toutes les dépendances à quelque chose d'extérieur à soi. Cette définition inclut donc les symptomatologies de types troubles alimentaires, sexualité compulsive, addiction au travail, achats compulsifs, cyberdépendance, etc. Les auteurs qui l'ont introduit, entre autres Pirlot et McDougall, proposent qu'un mode similaire d'organisation psychique soutienne tous les types d'addiction et qu'il soit préférable de décrire le processus de la « dépendance » plutôt que l'objet de celle-ci (Pirlot, 2013). McDougall (2004) s'intéressant à l'étymologie du mot addiction, explique que les racines latines du terme rapportent à un châtimeut qui était donné dans les cours de justice romaine, consistant à l'action de donner son corps en esclavage pour rembourser une dette. Elle compare ainsi l'addiction au fait d'être « esclave » de la solution addictive pour arriver à supporter la douleur psychique. Dans le cadre de notre recherche, les termes toxicomanie et dépendance seront utilisés de manière substituable et feront référence aux addictions à des substances psychoactives, qui nous intéressent particulièrement. Le terme addiction ne sera utilisé que lorsque les auteurs auxquels nous faisons référence l'auront utilisé, mais se rapportera toujours aux dépendances aux substances psychoactives étant donné l'intérêt

spécifique de la recherche de la façon dont les OC répondent aux besoins de clients plus âgés qui subissent à la fois les effets d'un usage sur une longue durée et ceux du vieillissement.

La toxicomanie n'a pas la même connotation selon que l'on soit médecin, travailleur social, psychologue, policier, avocat ou toxicomane. La plupart du temps, elle est perçue négativement dans l'opinion publique. Et sa problématique est toute aussi complexe que celle de la pauvreté. Il sera donc question ici de se donner quelques balises qui permettent de réfléchir à la problématique. D'abord, effectuons un bref survol historique pour situer le concept dans son rapport avec la société. Puis, en nous inspirant de différentes disciplines, nous tenterons une définition du phénomène pour ensuite l'insérer dans son contexte social.

L'usage de drogues et d'alcools est un phénomène ancien et universel : c'est leur statut, soit leurs manières d'être utilisés et perçus qui ont changé à travers les époques (Bergeron, 2009). En Europe, l'usage de drogue en dehors du contexte thérapeutique se répand dans la seconde moitié du 19^e siècle. Le terme toxicomanie apparaît ainsi dans le vocabulaire médical vers 1880. Il est défini comme « un usage régulier compulsif de drogue en dehors du contexte thérapeutique » (ibid : 14). Bien qu'il y ait une certaine démocratisation de l'usage des drogues au milieu du 19^e siècle dans la classe ouvrière en Europe, c'est dans la deuxième moitié du 20^e siècle que la toxicomanie, telle qu'on la pense aujourd'hui dans les sociétés occidentales, émerge.

Vers les années 1950 explose aux États-Unis la consommation de drogues ; le phénomène s'étend vers les années 1960 et 1970 en Europe : « la drogue s'installe durablement dans les sociétés occidentales et commence à toucher de plus en plus de catégories sociales » (Bergeron, 2009 :19). Avec le mouvement hippie des années 1960, la consommation de stupéfiants se banalise et se diversifie : il y a consommation dans toutes les couches et les catégories sociales. En fait, c'est un phénomène de démocratisation des drogues qui touche les sociétés occidentales. Ainsi, « la société moderne est "une société avec drogue" » (Bergeron, 2009 : 20), ce qui veut dire que la drogue est un phénomène social réel, et ce, que l'on soit en accord ou en désaccord avec ce phénomène ou qu'on le perçoive positivement ou négativement.

Pour définir la toxicomanie, l'approche utilisée se veut la même que dans le cas de la pauvreté : des statistiques déterminent le cadre du phénomène et, ensuite, différentes définitions, plus qualitatives, sont proposées pour tenter de conceptualiser ce problème complexe.

1.2.2.1 Statistiques sur la toxicomanie

Avoir une idée quantitative de la toxicomanie est difficile parce que les toxicomanes semblent échapper aux statistiques (Emmanuelli et Frémontier, 2002 : 59) :

Estimer le nombre d'usagers de drogues relève d'une gageure difficile, si ce n'est impossible. Du fait du caractère illicite de leur pratique, ces personnes ne sont généralement repérables qu'au moment où leur consommation devient problématique au point d'induire des contacts avec les institutions

Le portrait statistique des toxicomanies est donc difficile à réaliser. Il est la plupart du temps tracé selon les deux axes drogues et alcool, et il est aussi imprécis pour l'un que pour l'autre. Ce que les chiffres expriment n'est jamais qu'une partie de la réalité. Si l'on se réfère à l'enquête ESCCAD de Santé Canada (2011), 39,4% des Canadiens (39,7% au Québec) auraient consommé du cannabis au cours de leur vie. En ce qui a trait à la consommation de drogues illicites au cours de la vie (toutes drogues), le chiffre est de 40,9% pour le Canada et de 41,6% pour le Québec.

Si l'on prend chaque drogue individuellement, chacune se situe à moins de 1,0%. 22,9% des répondants consommeraient des produits pharmaceutiques psychotropes. Pour ce qui est de l'alcool, la consommation au cours de leur vie se chiffre à 89,7 % pour le Canada (92,8 % pour le Québec). Une autre enquête sur les toxicomanies de Santé Canada (ETC., 2004) estime qu'environ 17,0% de la population canadienne est constituée de buveurs à risque. Parmi les consommateurs de drogues illicites, 17,6 % ont connu des méfaits³ de la consommation de drogues envers soi au cours de 12 derniers mois (ESCCAD, 2011). En complément, selon le mode de calcul utilisé par le Centre canadien de la lutte contre les toxicomanies (2010), 50% des toxicomanes ont des troubles de santé mentale et 15 à 20% des gens avec des troubles de santé mentale ont des problèmes de toxicomanie.

Ce qu'on retient de ces statistiques, ce sont surtout des questions. Dans ces chiffres, lequel exprime la toxicomanie ? Quel est le nombre de toxicomanes ? Peut-on vraiment estimer le nombre de toxicomanes ? Comment échantillonner cette problématique sociale ? En fait, les chiffres ne nous apprennent rien sur qui sont les toxicomanes et pourquoi ils le sont.

³ Les méfaits touchent les différents secteurs suivants : santé physique, liens d'amitié et vie sociale, situation financière, vie familiale ou conjugale, travail, études ou occasions d'emploi, rapports avec le système judiciaire, apprentissage, logement (ESCCAD, 2011).

La toxicomanie semble plus difficile à chiffrer que la pauvreté. Il n'y a pas de « seuil de la toxicomanie ». Alors, qu'est-ce qu'on chiffre dans la toxicomanie ? Quels seraient les critères objectifs qui permettraient de catégoriser une population comme toxicomane ? Il faudrait avant tout se demander ce qu'est la toxicomanie et tenter de construire une catégorie. Ensuite, on pourra se demander si cette catégorie se chiffre.

La première difficulté pour définir la toxicomanie est sa terminologie. Quel terme devrait-on employer exactement lorsqu'on parle de cette problématique : toxicomanie, dépendance, addiction ? Le deuxième aspect à considérer est la discipline qui construit le discours sur le sujet.

1.2.2.2 La toxicomanie du point de vue des disciplines

Si l'on se réfère au dictionnaire *Le Petit Larousse illustré 2011*, les termes toxicomanie, dépendance et addiction sont souvent employés, dans le langage courant, comme des synonymes. La toxicomanie est un « comportement qui consiste à consommer, d'une façon habituelle ou périodique, un ou plusieurs produits psychotropes (drogues) susceptibles d'engendrer un état de dépendance ». La dépendance est un « besoin compulsif d'absorber une substance (drogue, alcool, tabac, etc.) pour faire cesser le malaise psychique (*dépendance psychique*) ou les troubles physiques (*dépendance physique*) ». Finalement, l'addiction est une « conduite addictive » qui, elle, est un « comportement répétitif plus ou moins incoercible et nuisible à la santé (toxicomanie, alcoolisme, tabagisme, boulimie, anorexie) ».

De son côté, le *Grand dictionnaire terminologique* de l'Office québécois de la langue française définit la toxicomanie comme étant la « consommation et dépendance à l'alcool, aux stupéfiants ou aux psychotropes, dans le but d'altérer l'humeur, l'état de conscience ou une fonction biologique normale », la dépendance comme un « état qui résulte de l'absorption périodiquement ou continuellement répétée d'une certaine drogue » et l'addiction, qui est un anglicisme, donc un terme à éviter selon l'Office, comme la « sujétion à la prise d'une drogue dont la suppression engendre un malaise psychique ou des troubles physiques ».

Toutes ces définitions tournent autour de la consommation problématique de substances (principalement la drogue et l'alcool) qui a une incidence sur l'individu. Toutes ces définitions font aussi implicitement référence à une perte de contrôle. Ainsi, la toxicomanie, la dépendance et l'addiction sont des synonymes flous de l'usage incontrôlé de certaines substances. Bien que l'OMS (Organisation mondiale de la santé) préconise l'utilisation du terme « dépendance », le

terme toxicomanie a été retenu pour les raisons suivantes. D'abord par souci de clarté : un seul terme employé évite la confusion que peut occasionner l'usage des synonymes. Ensuite, parce que dans la littérature scientifique (médecine, psychologie, sciences sociales, sciences humaines), c'est le terme qui est le plus couramment utilisé. C'est également un terme englobant qui peut contenir les dépendances autant aux drogues qu'à l'alcool ou même le jeu pathologique. Enfin, au point de vue lexical, c'est un terme régulièrement utilisé dans le langage commun et dans l'opinion publique.

D'un point de vue médical, la toxicomanie est une maladie. On peut parler de prise de substance à des fins non thérapeutiques (pharmacodépendance). Son explication est ramenée à la stricte dimension physiologique (Cormier, 1984), bien qu'on ne puisse totalement négliger les effets psychologiques. Selon l'OMS, la toxicomanie se définit selon quatre critères. D'abord la consommation incontrôlée d'un produit : il s'agit d'un besoin irrésistible de l'usage du produit. C'est une nécessité : on ne peut pas ne pas prendre le produit et, lorsqu'on le prend, on ne contrôle pas sa consommation. Le deuxième critère est la tolérance au produit. On entend par tolérance « l'accoutumance de l'organisme à absorber et métaboliser de plus grandes quantités de la substance privilégiée avant que la personne n'obtienne les effets désirés » (Cormier, 1984, p. 14). Le troisième critère est la dépendance au produit (psychique et physique) : le produit est ressenti physiquement et psychologiquement comme essentiel à la survie de la personne. Sa vie en dépend. Finalement, le produit apporte des répercussions néfastes (émotives, sociales, économiques) de la consommation sur la vie quotidienne de la personne.

Du point de vue psychologique, la toxicomanie est un désir de substance qui altère la conscience de l'individu et qui induit une dépendance aliénante. Plus précisément, la définition dépendra du courant ou de l'école psychologique duquel on peut se réclamer (Cormier, 1984) : pour la psychanalyse, la toxicomanie relève des névroses ou des psychoses de l'individu dans un mécanisme d'autodestruction ; pour une approche psychodynamique, la toxicomanie est surtout un mode inadéquat pour affronter la réalité ; dans une approche phénoménologique expérientielle, la toxicomanie est le fait d'une personnalité vulnérable qui se piège dans un mécanisme circulaire ; selon le béhaviorisme, la toxicomanie est un problème relié au comportement inadéquat qui résulte de la conjonction de divers éléments d'une situation totale. Mais de façon générale, pour une approche psychologique, la toxicomanie est un problème individuel qui s'explique et se comprend en rapport avec la personnalité du toxicomane.

Pour Peele (1982 : 29), la toxicomanie (ou plutôt l'assuétude, traduction d'addiction), est l'interprétation donnée à la consommation de substances :

L'assuétude n'est pas causée par un psychotrope ou par ses propriétés chimiques. Elle est rattachée à l'effet que produit un psychotrope sur une personne donnée, dans les circonstances données, un effet recherché qui supprime l'angoisse et qui (paradoxalement) diminue la capacité de l'individu à faire face à la vie, de sorte que toutes les situations anxigènes de la vie s'aggravent pour lui. Ce à quoi nous devenons assujettis, c'est l'expérience que nous fait vivre le psychotrope.

L'expérience de la toxicomanie « est un problème de personne et non pas de psychotrope » (Peele, 1982 : 50). Dans cette optique, le choix de la substance (drogues ou alcools) est secondaire ou aléatoire, étant donné qu'elle n'est qu'un déclencheur de l'expérience. Celle-ci est le centre du problème. Et cette expérience, bien qu'elle soit intimement personnelle, ne se vit pas hors du temps et de l'espace. Il faut un mécanisme « générateur de toxicomanie » et ce mécanisme principal est la société (Peele, 1982 : 51).

Dans son rapport au ministre de la Santé, le CPLT (1996 : 1) définit la toxicomanie principalement d'un point de vue contextuel :

La toxicomanie est une problématique multidimensionnelle parce qu'elle a des répercussions sur la santé physique et mentale des individus, sur leur vie économique et sociale et, dans certains cas, parce qu'ils sont susceptibles de faire face à la justice. Elle est aussi multidimensionnelle parce qu'elle présente plusieurs causes et plusieurs conséquences, qu'elle touche plusieurs facettes de la vie et de l'individu et de son entourage et qu'elle affecte l'équilibre psychique de la personne. Elle interfère dans la qualité de vie de ses relations interpersonnelles, c'est-à-dire ses rôles de conjoint, de parent, de frère, de sœur, de fils, de fille, d'employé, d'employeur, de citoyen, etc..

Si on regarde le portrait d'ensemble que tracent ces différentes définitions, la toxicomanie est une consommation problématique d'une substance (principalement les alcools et les drogues). Cette consommation est incontrôlée, régie par la dépendance (physique et psychique) et la tolérance, et implique des conséquences néfastes sur sa vie. Bien qu'elle soit une expérience individuelle, elle est toujours vécue dans un contexte social : c'est un phénomène individuel, mais inscrit dans le temps et l'espace. Il y a ainsi tout un autre aspect conceptuel qu'il ne faut pas négliger quand on parle de toxicomanie, celui de la problématique sociale.

1.2.2.3 Toxicomanie et société

Pour Cormier (1984), si l'on veut envisager la toxicomanie dans toute sa complexité, il faut la concevoir comme un problème individuel et social. Les deux sont indissociables. Et les deux aspects sont tout aussi importants. Une recherche sur le sujet suggère même « que le contexte social joue un rôle primordial dans les relations que les sujets construisent avec les drogues » (Apostolidis *et coll.*, 2003 : 78). La toxicomanie, comme phénomène individuel, a des répercussions indiscutables sur la société, que ce soit sur la santé publique (santé physique et santé mentale), ou par les problèmes qui lui sont connexes (délinquance et criminalité ; violence – conjugale, sexuelle, économique ; etc.).

Pour comprendre comment la toxicomanie s'articule avec son contexte social, il faut d'abord faire référence au temps. Comme il a été dit précédemment, la toxicomanie, telle qu'on la conçoit aujourd'hui, s'inscrit dans l'histoire des sociétés modernes. « L'usage de drogue devient un problème social, repéré et identifié comme tel, au 19^e siècle sous le prisme d'une de ses figures particulières : la toxicomanie » (Bergeron, 2009 : 95). La démocratisation de son usage est l'aspect le plus important de cette problématisation. Celle-ci peut être comprise d'un point de vue anthropologique/ethnologique et d'un point de vue plus sociologique.

Pour l'anthropologie, « tout ce que fait l'homme est culturel » (Le Rest, 2001 : 35). L'usage de drogues et d'alcools s'inscrit dans un processus de productions culturelles. Ainsi (ibid. : 80-81) :

Une drogue, c'est un produit qui altère les sens, le rapport aux choses, aux hommes, à la vie et qui entraîne des modifications physiologiques préjudiciables à celui qui la consomme. [...] Une drogue en soi n'est rien. Elle existe que dans son rapport à l'homme. C'est l'homme qui lui donne un sens.

Dans cette optique, « consommer des drogues, c'est culturel puisque révélateur d'une production humaine » (Le-Rest. 2002 :82). Le phénomène de la toxicomanie se comprend si on le remet dans son contexte culturel. Bien que l'usage des drogues et de l'alcool soit universel, chaque culture ne le fait pas de la même manière. On ne consomme pas les mêmes drogues selon les régions et on ne le fait pas de la même façon. La toxicomanie, comme concept contemporain, s'inscrit dans un premier temps dans une culture « globalisée et occidentalisée », pour ensuite s'exprimer localement dans un contexte urbain québécois, pour ce qui nous préoccupe particulièrement. « La pratique d'un produit toxique dans un groupe donné, dans une société donnée, est révélatrice des rapports que les hommes entretiennent entre eux » (Le-Rest. 2002 : 35). Notons sur ce point que, dans la

plupart des sociétés occidentales, la toxicomanie est un problème, un « fléau social » et qu'effectivement, elle l'est.

Pour la sociologie, l'usage des drogues s'inscrit dans un changement des relations sociales, soit l'émergence de la société des individus selon Ehrenberg (Bergeron, 2009). La toxicomanie devient « une réponse chimique » à « l'indétermination démocratique » dans un « processus séculaire d'individuation » (Bergeron, 2009 : 28).

L'usage de drogue ne relève pas des pathologies individuelles ou sociales, mais est le produit d'une transformation anthropologique essentielle et les conséquences d'un effritement des passions idéologiques et des institutions collectives qui régulaient jadis plus fermement les rapports sociaux. (Ehrenberg, 1991)

Une « société d'individus » est plus facilement propice à l'anomie, soit la désorganisation sociale. De ce point de vue, la toxicomanie a été conceptualisée comme une déviance, surtout à partir des travaux de l'école sociologique de Chicago, en particulier les travaux de Merton.

Ce dernier reprend certaines des conclusions établies par Durkheim pour lequel il importe que la société régule les aspirations individuelles et évite ce faisant que ne se développent des sentiments de frustration et des désirs qui ne peuvent être satisfaits ; pareille situation sociale génèrerait des tensions susceptibles de pousser des individus à transgresser les normes sociales (Bergeron, 2009 : 32).

La toxicomanie est dans ce sens un état de déviance. La consommation incontrôlée de substance psychotrope, que celle-ci soit licite (alcool) ou illicite (drogue), est un dépassement des normes sociales (Cormier, 1984). Les toxicomanes agissent à l'encontre des normes sociales dominantes et « la toxicomanie ne constitue une déviance que si elle est visible et stigmatisée » (Cormier, 1984 : 60). Pour qu'il y ait problème, il faut que ces normes sociales dominantes soient dérangées et que cette perturbation provoque une réaction. Celle-ci est souvent répressive au niveau judiciaire et prohibitive au niveau social. Le toxicomane est ainsi visiblement stigmatisé.

Bien que la toxicomanie s'inscrive dans le cadre de pratiques culturelles, elle est, dans le contexte de nos sociétés occidentales, une pratique déviante. Le phénomène acquiert ainsi une connotation négative. La toxicomanie est alors pensée dans les différentes sphères du social, soit la santé publique, la justice, la politique, l'économie, etc. Le phénomène est bel et bien social.

Que peut-on retenir de ce tour d'horizon ? D'abord, que la toxicomanie est un phénomène à la fois individuel et social. On pourrait la décrire comme étant l'expérience d'une consommation

problématique (incontrôlée, dépendance (physique et psychique), tolérance, conséquences néfastes sur sa vie) d'une substance (alcool ou drogue). Cette expérience s'inscrit dans le temps et l'espace, dans un contexte social donné.

1.2.3 Vieillesse

Le vieillissement est décrit comme un phénomène multiforme dans la littérature. C'est un processus dynamique de changement et d'adaptation à une réalité individuelle et à l'environnement. Il comporte différentes dimensions : biologique, génétique, psychologique, sociale et spirituelle (Mesure, Savidan 2006). Tous les individus vieillissent, mais personne ne le revendique. Ce qui soulève une autre question, celle de la « mystique de la vieillesse » comme la nommerait Betty Friedan (1995). La vieillesse devient alors redoutable, voire menaçante.

Par ailleurs, le vieillissement est une réalité démographique grandissante. Au Québec, le constat principal est le vieillissement de la population. Si la tendance actuelle se poursuit, la proportion des 65 ans et plus aura presque doublé, de 1996 à 2026 (Institut national de la statistique, 2004). Aujourd'hui, les personnes de 65 ans et plus forment 14,4% de la population québécoise ; en 2026, elles seraient près de 25,0%. Cette réalité ne doit pas être considérée comme un problème en soi, mais comme une réalité sociétale à mettre en question pour un vivre ensemble équilibré entre les différentes catégories d'âge.

Plusieurs stéréotypes sont associés au vieillissement, dont les principaux sont la maladie, la vulnérabilité, la dépendance, l'isolement, l'insécurité et l'improductivité (Conseil des aînés, 1997). Ces stéréotypes constitueraient un des obstacles à franchir dans l'aide aux personnes âgées. Bien que le stéréotype de la maladie se situe en tête de ligne, il a été remis en question par le Gouvernement du Québec (2005) qui affirme que les personnes âgées demeurent majoritairement en bonne santé et autonomes : 96,2% des personnes aînées vivent dans leur communauté et 87,8% vivent à leur domicile. À l'échelle planétaire, l'OMS rappelle aussi que :

L'immense majorité des gens restent en bonne santé et sont capables de prendre soin d'eux-mêmes en vieillissant. Une minorité de personnes âgées, surtout celles qui sont très âgées, sont handicapées au point d'avoir besoin de soins et d'aide pour la vie quotidienne [...] (OMS, 2013 : 12).

Les statistiques sur les personnes toxicomanes vieillissantes sont cependant tout autres. En effet, selon certains auteurs dont ceux d'EducAlcool, les *baby-boomers*, catégorie de personnes vieillissantes en nombre important sur le plan démographique, sont de ceux qui ont consommé le plus de psychotropes, ce qui les a exposés à un vieillissement précoce ainsi qu'à certaines maladies chroniques. Le vieillissement est donc un processus qui se manifeste différemment d'un individu à l'autre, d'une société à un autre, d'un groupe social à un autre et d'un contexte à l'autre. Au Québec par exemple, pour des raisons de prise en charge, le seuil d'inclusion d'individus dans des actions ou des interventions gérontologiques est souvent fixé à 55 ans, ce qui permet de développer auprès d'eux des actions de promotion de la santé, de prévention ou d'intervention précoce et d'inclure la chronicité de problèmes liés à l'usage de substances psychoactives.

Vieillir, c'est entrer souvent peu à peu, par niveau, dans l'isolement. Le vieillissement commence alors très longtemps avant de vieillir. L'escalier ne se grimpe plus quatre à quatre. Un simple ralentissement au début, l'ascenseur plutôt que l'escalier. Attendre dans l'auto plutôt que monter pour chercher son enfant à son cours de danse, attendre en bas des pistes de ski plutôt qu'au chalet où l'on se rend en skis, etc. On ne dit rien à personne, on cache ses crises d'angoisse envahissante. Progressivement, par étapes longues au début, la conscience vient de ce que l'on ne peut plus faire, ou du moins plus comme avant. L'étau se contracte de plus en plus, les faiblesses et les douleurs s'ajoutent les unes aux autres, laissant la personne chaque fois un peu plus affaiblie, comme si un fossé indiscernable l'écarte et l'isole peu à peu des autres.

S'ajoutent à ces éléments les premières morts dans la tranche d'âge de la personne, qui commencent à s'agglomérer comme s'ancrerait une maladie inguérissable; le mal-être physique et psychologique est là, partout autour d'elle. Au début, les signes sont insignifiants puis ils le sont de moins en moins... À la lumière de l'évidence, on se demande si on est le prochain dans l'ordre logique de l'âge... La personne devient l'ainée désormais. Mais il y a vieux et vieux, plusieurs degrés, plusieurs âges. Il faut considérer la trajectoire de vie de chacun, les horribles dépressions traînantes qui vont de pair avec la consommation de psychotropes qui – chacun espère – résoudra la solitude, l'insomnie, l'indifférence ou l'exclusion.

Une discrimination s'opère naturellement entre les « vieux » qui essaient de se maintenir dans la course de plus en plus féroce et ceux qui se désengagent ou qui ont battu en retraite depuis un temps par découragement, essoufflement ou contre leur gré.

Ces signes sont indiscernables et sporadiques, le regard d'abord étonné que nous portons sur nous-mêmes, qui va devenir notre réalité. Pour ces personnes qui consomment encore et qui ont vécu dans le déni plusieurs années, il est possible de se mentir avec son propre regard, d'atténuer la gravité des faits, de se dissimuler les symptômes... Mais il est nettement plus dur d'échapper à la stupéfaction d'autrui. Plus accablant encore, plus éloquent de l'ampleur du mal, demeure le masque retenu que les autres mettent sur leur propre regard pour ne pas vous heurter ; c'est un regard qui fait semblant de ne rien voir. Le mutisme social s'ajoute aux pipeaux que vous vous tendez à vous-même.

La réaction de quelques-uns de ces toxicomanes vieillissants diffère. Certains s'installent dans le refus de voir ou d'entendre, dans le déni ; d'autres, au contraire, se campent dans l'alarmisme total et se ruent vers les OC à la recherche d'aide et de soutien immédiat, de médecin en médecin, pour se faire un diagnostic avec certitude d'un mal...

L'homme n'a pas toujours été vieux. Il mourrait avant des suites de maladies, de malnutrition, d'épidémies, de surdose, etc. Aujourd'hui, il est évident que la mort s'est médicalisée et de plus en plus de personnes vivent plus longtemps.

1.2.4 Précarité

La notion de précarité en sociologie émerge avec celle de la nouvelle pauvreté. Elle est à situer dans un paradigme de problématisation des personnes en difficulté. Celles-ci ont été d'abord étiquetées comme des individus asociaux dans les années 1950, puis comme des personnes en inadaptation dans les années 1960. Dans les années 1970, on parlait de la gestion à travers le handicap. Et dans les années 1980, ce sont les thèmes de la nouvelle pauvreté, de la précarité et de l'exclusion qui sont devenus dominants (Bresson, 2007a). Plus précisément, « *précaire* et *précarité* vont être rapprochés de l'idée de pauvreté, exprimant une transformation dans la société autant qu'un changement dans les représentations » (Cingolani, 2011 :15).

La précarité pourrait se définir comme étant « l'absence d'une ou plusieurs des sécurités permettant aux personnes et familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux » (Loisy, 2000, p. 39). Mais le terme lui-même n'est pas complètement univoque.

Comme le souligne (Cingolani, 2011, p. 83), « il vaudrait mieux parler *des* précarités plutôt que de *la* précarité ». L'auteur en propose ainsi trois sens : le travail (*l'emploi précaire*), l'expérience de la précarité (*les précaires*) et une manifestation spécifique de la pauvreté (*la précarité*). De son côté, Bresson (2007a) propose quatre interprétations de cette notion de précarité : c'est d'abord une catégorie générale qui peut recouvrir la diversité des situations sociales à problème ; c'est aussi une situation hiérarchisée qui mesure des degrés de difficultés : la précarité peut mener à la pauvreté, puis à l'exclusion ; c'est également un risque de dégradation de sa situation sociale, un basculement de la trajectoire de vie ; finalement, c'est le terme qui désigne l'incertitude et l'instabilité d'une situation dans une société en mouvement.

La précarité, pour sa part, n'est pas le propre d'une minorité, mais d'une grande majorité de la population. Nombre de personnes se demandent de quoi demain sera fait. Qui parmi nous a réellement la conviction que son avenir est assuré, lequel peut penser pouvoir quitter son travail du jour au lendemain et en trouver un autre ? Ces interrogations concernent de plus en plus d'individus. La structure sociale a changé ; à son apothéose elle permettait une sécurité collective en l'avenir, cette croyance a fait place au doute et à l'insécurité. Le danger de perdre leur revenu, leur qualité de vie, leurs points de repère ou de se retrouver dans une situation précaire est certes présent et leur crainte n'est pas sans fondement ; le cercle vicieux de la précarité peut s'abattre sur eux à n'importe quel moment. Ce n'est plus comme il y a à peine un demi-siècle lorsque le destin social, la pauvreté étaient lénifiants, car n'était pas pauvre n'importe qui. Les trajectoires de vie étaient marquées du poinçon de la régénération. Ce n'est plus le cas aujourd'hui, la précarité s'est répandue sur l'ensemble de la société. Elle a changé la répartition, une majorité de personnes est persuadée qu'elle peut culbuter à tout moment. Entrapercevoir la précarité peut maintenant devenir réalité. La pauvreté était installée en bordure de la société et elle touchait une minorité, mais la précarité a étendu son spectre sur la majorité des communautés. La société d'hier était rassurante, car elle avait ces dépossédés et désapprouvés tout désignés, mais aujourd'hui, tout le monde ou presque peut tomber, le sort de chacun est devenu imprévisible. « Elle est le chariot fou furieux de la modernité » dépeint par (Giddens, 1994 :13).

Pour cette étude et la population visée par celle-ci, comprendre la précarité, quoique fréquemment associée à la pauvreté, apparaît consensuel pour ces réalités sociales. Ce sont des termes remplis

d'idées préconçues, deux concepts vastes et polysémiques. Peut-on parler de prévalence ou de concordance des phénomènes dans le sens où ils seraient fréquemment vécus dans une même période de temps ? Ou doit-on plutôt parler de covalence des phénomènes parce qu'ils sont souvent en liaison ?

Un vecteur principal semble se dégager de toutes ces interprétations : la précarité implique pour une personne la perte de la stabilité. Au point de départ, cette instabilité peut être monétaire, mais inévitablement, elle a des répercussions psychologiques et sociales. Un effet domino apparaît souvent : un contexte économique instable amène un emploi précaire ; cette précarité d'emploi amène la précarité des finances personnelles ; les faibles revenus amènent des angoisses psychologiques. Un individu peut ainsi passer de la précarité d'emploi à la précarité psychologique. Outre cet effet d'entraînement, les différentes précarités (emploi, situation économique, contexte social, états psychologique et émotif, évènements de la vie) peuvent se superposer : « les situations de précarité économique et sociale sont diverses et souvent cumulatives » (Loisy, 2000, p. 39). On pourrait résumer ces précarités cumulatives et simultanées comme étant un « sentiment d'insécurité sociale et la détérioration de la situation matérielle » (Bresson, 2007a : 7).

Cette notion de précarité qu'on pourrait « appeler le paradigme de la précarité en sociologie prend appui sur l'idée de mutations profondes de la société » (Bresson, 2007 : 14). Ce paradigme a émergé en même temps que celui de la nouvelle pauvreté. Celle-ci ne vient d'ailleurs pas de nulle part. Elle est à mettre dans un contexte économique difficile qui a suivi les années d'abondance de l'après-guerre (l'inflation de la fin des années 1960 ; la crise du pétrole de 1973 et la récession qui a suivi en 1974 ; le deuxième choc pétrolier en 1979 et la récession mondiale de 1980-1982). La montée du chômage et les changements (technologiques et sociaux) qui touchèrent le marché du travail ont fait en sorte que les conceptions traditionnelles de la pauvreté se sont révélées insuffisantes pour comprendre et expliquer ce qui se passait. Le paradigme précarité/pauvreté s'avéra plus pertinent pour décrire la réalité.

Et surtout, la précarité apporte une dimension dynamique à la pauvreté : elle en fait un processus (Paugam, 2005 : 58) :

(...) la pauvreté correspond, aujourd'hui, moins à un état qu'à un processus. Toute définition statique de la pauvreté contribue à figer dans le même ensemble des populations dont la situation est hétérogène et à occulter la question

essentielle du processus d'accumulation progressive des difficultés des individus ou des ménages, de son origine à ses effets à plus ou moins long terme.

La pauvreté n'est maintenant plus un problème exclusif de la classe étiquetée comme pauvre : c'est un problème social qui s'étend dans toutes les couches de la société et qui peut toucher tout le monde. On pourrait paraphraser et dire qu'on ne naît pas pauvre, mais on le devient.

Cette précarité peut mener à la disqualification sociale et « met donc l'accent sur le caractère multidimensionnel, dynamique et évolutif de la pauvreté » (Paugam, 2005 :58.). Comme processus, la pauvreté peut toucher directement et indirectement toutes les dimensions de la vie d'une personne. Ce processus est autant individuel que social et il n'y a rarement qu'une seule cause : une combinaison de contextes sociaux et individuels difficiles peut mener une personne à la précarité. Celle-ci « peut donc s'analyser comme un ensemble de facteurs de risques et d'incertitude sur l'emploi et les ressources qui conduirait à la pauvreté » (Loisy, 2000 :40).

Ce n'est cependant pas un lien nécessaire : « cela ne signifie pas que le phénomène de précarisation conduit indubitablement à la pauvreté. La réalité est beaucoup plus complexe » (Mercier, 1995, p. 20). La précarité augmente les risques d'entrée possible d'une personne dans un processus de pauvreté, mais tout dépend du contexte autant social qu'individuel. Ainsi, la précarisation des individus, due à un contexte social et économique difficile, ne rend pas tous les gens touchés inévitablement pauvres. Le contexte individuel de la personne peut également jouer un rôle important.

Donc, précarité et pauvreté sont liées, d'un côté par leur émergence commune dans un contexte social en mutation sociale et économique issu des années 1980, et d'un autre côté, par une relation de cause à effet, la précarité pouvant mener à la pauvreté. Cette notion de précarité fait passer la pauvreté d'un état à un processus. De ce point de vue, la pauvreté ne se définirait plus simplement comme « un état ou une situation de manque », mais plutôt comme « un processus de manque », autant au regard des revenus que des capacités.

Ainsi pour résumer, la précarité est un processus de fragilisation conduisant à une plus grande vulnérabilité face à un certain nombre de handicaps sociaux, coûteux pour l'individu et susceptibles d'entraîner un glissement vers des situations plus durables et plus dramatiques, proches de la grande pauvreté ou de l'exclusion.

La précarité est l'absence d'une ou plusieurs des sécurités permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. En latin *precarius*, signifie ce qui a été obtenu par la prière. Cette étymologie indique que tout précarité est synonyme de dépendance à l'égard d'une puissance tutélaire, quelle qu'en soit la nature. Ainsi, ce qui est précaire est mal assuré, mal établi, instable.

La précarité ne caractérise pas une catégorie sociale particulière. C'est le résultat d'un enchaînement d'évènements et d'expériences qui débouchent sur des situations de fragilisation économique, sociale et familiale. Les notions de précarité et de pauvreté ne se recoupent pas totalement. « Si la précarité a longtemps été considérée comme un phénomène marginal et a souvent été confondue avec l'exclusion ou la grande pauvreté, elle a atteint une telle ampleur qu'elle touche aujourd'hui, directement ou indirectement, une partie de la population française qui va bien au-delà des plus défavorisés ». (HCAP, 1999 : 2). de la population québécoise et montréalaise.

1.2.5 Exclusion

Le mot exclusion « n'est que le prolongement du concept de nouvelle pauvreté forgé au début des années 1980 » (Lamarque, 1998 : 3). C'est une notion qui fait donc partie du débat contemporain sur la pauvreté et qui se prête, comme les autres notions, à de multiples interprétations.

Dans une acception sociologique, l'exclusion est le produit ou le résultat d'un défaut de la cohésion sociale globale tandis que, si l'on se réfère à l'opinion dominante, l'exclusion est plutôt analysée comme un phénomène individuel ou comme une agrégation de ces situations (Lemarque, 1998 : 29). L'exclusion peut être décrite comme une « maladie du lien » : c'est une perte (ou une non-acquisition) des représentations symboliques du rapport de l'individu au social que ce soit l'autre, le groupe ou les institutions (Emmanuelli et Frémontier, 2002). En d'autres mots, « l'exclusion est la perte de ce capital implicite que l'on partage avec les autres » (Lemarque, 1998 : 77).

De façon générale, les auteurs définissent principalement l'exclusion comme une perte ou une rupture au niveau du lien social : à cause de différentes raisons, des individus ne participent plus

aux interactions sociales ou ne sont plus en mesure d'y participer. Ceci peut se faire à deux niveaux (Loisy, 2000 : 42) :

La notion d'exclusion fait référence à l'ensemble des mécanismes de rupture, tant sur le plan symbolique (stigmates ou attributs négatifs) que sur le plan des relations sociales (rupture des différents liens sociaux qui agrègent les hommes entre eux).

Sur le plan social, cette rupture est un processus (Autès, 1995). L'exclusion s'effectue dans le temps et la désintégration du lien social comporte trois phases : d'abord une précarisation, ensuite une prise en charge par les institutions (assistance) et, finalement, une exclusion hors de toute forme et de tout lien social. L'exclusion est un phénomène plutôt horizontal qui serait à mettre en perpendiculaire avec l'inégalité qui est vue comme un phénomène plutôt vertical (Paquet, 1996). Tandis que l'inégalité oppose les plus démunis aux plus riches, l'exclusion est plutôt une question de faire partie d'un système ou pas, par exemple, en participant au marché du travail. L'exclusion est ainsi une désaffiliation (à l'action sociale) d'une part de la société sans que cela affecte le fonctionnement de celle-ci. Sur un plan plus symbolique, la pauvreté est une réflexion sociale selon un mode vertical tandis que l'exclusion est une réflexion horizontale (Racine, 2007). La pauvreté est une poussée vers le bas et l'exclusion est une poussée vers l'extérieur.

Ainsi, que ce soit au plan social ou symbolique, ce schéma décrit le processus de l'exclusion comme un processus de pauvreté, l'exclusion étant l'aboutissement, en quelque sorte, de ce processus de pauvreté. Une personne qui est prise dans ce processus, souvent à cause d'une situation précaire, voit son statut social diminué et elle peut même passer à la marge de la société si le processus continue plus avant dans le temps. En ce sens, l'exclusion pourrait se définir comme « l'incapacité à jouer un rôle dans la société » (Ancel et Gaussot, 1998 : 31). Cette incapacité peut être financière ou sociale, mais peu importe, une personne exclue ne peut participer à la dynamique sociale.

La pauvreté ne mène cependant pas automatiquement à l'exclusion. Celle-ci peut être « comprise comme une forme extrême de pauvreté » (Groulx, 2003 : 213) et elle est associée, dans les formes élémentaires de la pauvreté, à la pauvreté disqualifiante (Paugam, 2005). C'est donc un phénomène qui peut toucher une grande partie de la population, de façon diffuse. « La pauvreté d'aujourd'hui est effectivement en train de changer de nature. Pourquoi ? C'est qu'elle est en voie de devenir de plus en plus *une pauvreté d'exclusion liée directement au problème de emploi* pour des couches

de plus en plus nombreuses de la population » (Favreau et Fréchette, 1995 : 74). D'une certaine façon, c'est le pire scénario pour une personne qui est dans un processus de pauvreté.

L'exclusion n'est pas un phénomène monolithique et unidimensionnel : « le caractère multidimensionnel du processus d'exclusion [...] peut s'analyser dans ses composantes économiques et professionnelles, sociales et relationnelles, symboliques et normatives » (Daniel, 2007 : 19). Dans ce sens, l'exclusion peut être la perte de tous les liens sociaux, bien que ceux-ci ne se coupent pas nécessairement à tous les niveaux. L'exclusion peut être « à la fois un processus et un état, consacrant un défaut d'intégration » (Loisy, 2000 : 42).

Précédemment la pauvreté a été définie comme « un processus de manque », autant dans les revenus que dans les capacités. L'exclusion serait-elle principalement l'aboutissement de ce processus ? Lorsqu'elle est associée à la pauvreté, il semble que ce soit la fin du processus. La dynamique de l'exclusion pourrait être comprise comme la rupture due au manque. L'exclusion serait donc une incapacité à exercer et à cultiver le lien social à cause d'un processus de manque. Mais l'exclusion n'est pas une affaire strictement de pauvreté. Le lien social peut être brisé dans des cas de non-pauvreté : on parlera alors de marginalité. Mais cette dynamique est différente et ne concerne pas l'objet de cette thèse.

Chacun des concepts mentionnés plus haut englobe des situations distinctes, individuelles, mais qui peuvent s'imbriquer les unes dans les autres. Un exemple illustre ce courant de pensée : la précarité peut entraîner la pauvreté, qui peut amener à l'exclusion ; le chômage, un divorce ou un deuil peuvent conduire à une situation d'exclusion sociale, entraînant une situation de précarité, etc.

L'exclusion est donc à la fois un processus (produit par un défaut de la cohésion sociale) et un état (résultat d'un défaut d'insertion) (Sen, 2000). Le concept d'exclusion sociale est caractérisé par trois grandes dimensions. La première est celle de la sphère économique, incluant les formes de précarité vis-à-vis de l'emploi, et l'insuffisance chronique ou répétée des ressources, marque classique de la pauvreté. La seconde est celle de la non-reconnaissance, ou du non-usage des droits sociaux, et aussi des droits civils et des droits politiques. La troisième est celle des relations sociales. Elle renvoie à l'incapacité à acquérir une force de travail (ensemble d'aptitudes physiques et intellectuelles permettant de participer au travail de la société), à l'incapacité à accéder à des

ressources d'éducation et à un soutien social pour valoriser, sous forme de biens ou de services, le patrimoine ou la force de travail avec une productivité suffisante.

L'expression « exclusion sociale » est une notion dynamique et non un état. Elle est définie comme un « processus de cumul de ruptures avec les formes essentielles du lien social : habitat, famille, couple, travail et avec les formes essentielles des modes de vie dominants dans une société donnée » (Gros-Jean, CH, Padiou, C., 1995 : 7).

1.2.6 Capabilité, risque et vulnérabilité

La pauvreté ne peut plus se réduire à une quantification des pauvres ni à la simple expression d'un manque. Pour la comprendre, un travail qualitatif doit être envisagé, en lien avec d'autres concepts, notamment celui de la capabilité (*capability*), empruntée à l'économiste indien Amartya Sen. Le terme de capabilité amène à considérer la question de la toxicomanie et de la pauvreté au-delà de lacunes ou de responsabilités individuelles.

La capabilité désigne un ensemble de paramètres fonctionnels (savoir être et savoir-faire) qui permettent à une personne de prendre des décisions, liées à son mode de vie et à son milieu de vie. C'est donc la possibilité effective qu'un individu a de choisir diverses combinaisons de fonctionnements, autrement dit, une évaluation de la liberté de choisir pleinement. Ces capabilités dépendent donc de la situation des individus. Par exemple, une personne en situation de pauvreté et de toxicomanie ne jouit pas des mêmes capabilités qu'une personne dans une situation stable et en bonne santé.

Pour Sen (2000 : 182), « la pauvreté doit être perçue comme un déficit de capabilités de base permettant d'atteindre certains niveaux minimalement acceptables ». La capabilité est « un ensemble de vecteurs de fonctionnements, qui indique qu'un individu est libre de mener tel ou tel type de vie » (Sen 2000 : 76). Les fonctionnements constituent l'existence d'une personne, ce qu'elle est et ce qu'elle fait. La capabilité est le choix des fonctionnements, autant les plus élémentaires comme se nourrir, que les plus complexes comme être heureux. Les fonctionnements sont ce « qu'un individu peut réaliser étant donné les biens qu'il possède (se nourrir suffisamment, se déplacer sans entrave, savoir lire et écrire) (...) [tandis que les capabilités] sont les différentes combinaisons possibles des premiers, pour un individu » (Monnet, 2007 : 103).

L'approche par les capacités vise à offrir un cadre d'évaluation non seulement du bien-être individuel, mais aussi de la qualité de vie des individus. Une personne peut en effet accorder de la valeur à la réalisation de certains éléments sans pour autant que ceux-ci améliorent son bien-être personnel. D'un point de vue éthique, l'individu peut être appréhendé sous l'angle de son action (il est alors analysé d'après son aptitude à concevoir des buts, des engagements ou des valeurs) ou de son bien-être.

Si l'on revient plus spécifiquement à la pauvreté, Sen (2000) soutient que la « privation de revenu » ne trace pas le portrait complet de la situation. Il faut estimer également, et peut-être principalement, les possibilités réelles de convertir les revenus et les ressources en « capacité de fonctionner ». Ainsi, « le revenu adéquat pour échapper à la pauvreté varie paramétriquement avec les caractéristiques et la situation de l'individu » (Sen, 2000 : 184). Selon ce qu'ils sont (âge, sexe, capacités mentales et physiques, etc.) et ce qu'ils vivent (l'environnement, le contexte social et politique, la culture, les événements de la vie, etc.), deux individus avec le même revenu monétaire n'auront pas les mêmes capacités de fonctionnement. Dans cette vision de la pauvreté, « l'approche est donc multidimensionnelle dans le sens où la seule focalisation sur le revenu est abandonnée au profit d'une vision plus large du bien-être qui fait entrer en ligne de compte une multitude de composantes » (Bertin, 2005 : 392-93). Le faible revenu n'est pas l'équation de la pauvreté, mais une de ses parties : « le manque fondamental qu'implique la pauvreté, c'est celui des capacités minimales adéquates, même si elle est aussi, entre autres, une affaire d'inadéquation des moyens économiques de l'individu (les moyens de prévenir le manque de capacité) » (Sen, 2000 : 184).

Selon l'approche de Sen (2000), une personne humaine peut être capable de choix libres dans la mesure que lui permettent ses possibilités physiques et mentales, et les possibilités de son environnement. Ces choix sont faits en rapport avec le bien-être de la personne et de ce qui lui assure une vie décente. L'existence de la personne est faite de « fonctionnements », des états ou des actions qui déterminent l'accomplissement de cette personne. Les capacités sont la possibilité d'exercer cette liberté de choix. Dans un contexte où les capacités ne peuvent pas s'exercer, pour de multiples raisons – monétaires ou autres – s'inscrit la pauvreté.

C'est ainsi que l'on peut distinguer la « liberté de bien-être » (*well-being freedom*) – liberté de réaliser une vie de qualité – de la « liberté d'agent » (*agency freedom*) qui désigne la liberté de buts

généraux auxquels l'individu accorde de l'importance. L'individu peut être le seul à accorder de la valeur à cet aspect de la vie : l'approche par les capacités respecte le pluralisme des valeurs morales.

Les libertés instrumentales sont au nombre de cinq : les libertés politiques, les facilités économiques, les opportunités sociales, les garanties de transparence et la sécurité protectrice (Sen, 2000).

Les libertés politiques regroupent l'ensemble des possibilités offertes aux individus en vue de déterminer la bonne marche du gouvernement (qui devrait gouverner, comment...). Elles incluent donc tous les droits politiques associés à la démocratie, tels le libre dialogue politique, le droit de vote...

Les facilités économiques décrivent la liberté donnée aux individus de faire usage des ressources économiques à des fins de consommation, de production ou d'échange. Ce libre usage dépend des ressources à la disposition des individus, des conditions de l'échange et de l'accès au financement.

Les *opportunités sociales* correspondent aux dispositions prises par une société en vue d'accroître la liberté substantielle qu'ont les personnes de vivre mieux (mesures en faveur de la santé, de l'éducation...). En effet, l'accès à de tels services améliore la qualité de la vie de l'individu, mais favorise aussi la participation aux activités économiques et politiques.

Les *garanties de transparence* répondent à l'exigence sociale de la confiance et permettent de se prémunir contre la corruption, l'irresponsabilité financière et les ententes illicites.

La *sécurité protectrice* correspond aux dispositions étatiques de justice sociale, lesquelles visent à fournir un filet de protection sociale aux populations les plus défavorisées, afin de leur éviter de sombrer dans la misère. Ces dispositions institutionnelles peuvent être formalisées (allocations, rentes...) ou exceptionnelles (fonds de secours, programmes de travaux publics...).

L'approche par les capacités offre ainsi un cadre d'analyse nouveau pour évaluer le bien-être individuel et par conséquent la pauvreté, en accordant une place centrale à la liberté individuelle. Sa promotion est conçue comme l'objectif ultime du développement.

La confrontation de cette approche à la réalité, notamment celle du monde en développement, a engendré différentes critiques et reformulations.

De façon plus claire, nous pouvons analyser l'approche des capacités de Sen à travers le schéma suivant.

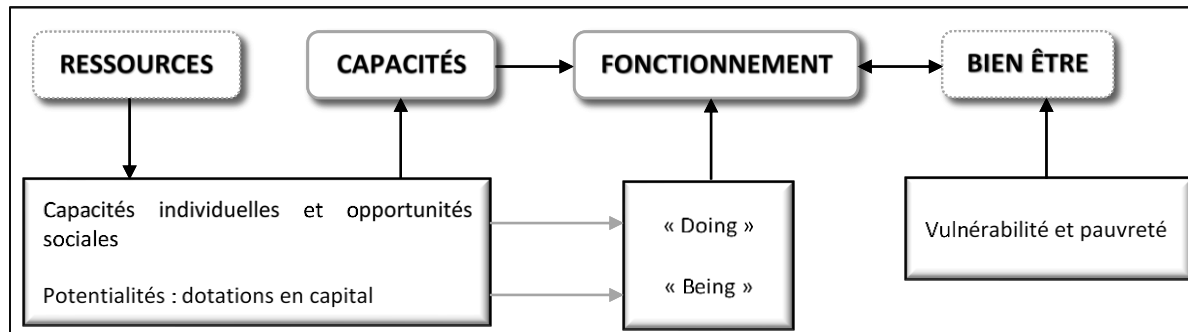


Figure I. 1. Schéma du fonctionnement des capacités

Source : Vulnérabilité et Stratégie durable gestion des risques, Rousseau Sophie, 2014,

Au sens général, la vulnérabilité est la probabilité de voir sa situation ou ses conditions de vie se dégrader ou s'enfoncer, quel que soit le niveau de richesse, face aux fluctuations de la vie. L'objectif est de réduire la vulnérabilité, d'une part en diminuant les risques encourus par les ménages et d'autre part en augmentant leurs capacités (Rousseau, 2001).

Un risque est un danger, un inconvénient plus ou moins probable auquel on est exposé (Larousse, 2003). Un individu vulnérable est ainsi plus particulièrement prédisposé à certains inconvénients, exposé à un danger, une perte, un échec. Mais, étant donné que, durant leur vie, tous les hommes et les femmes sont exposés à une très large variété de risques, tous les individus en tout lieu et en tout temps sont vulnérables.

En effet, la vie est exposée à toutes sortes de fluctuations. Certaines de ces fluctuations sont prévisibles d'autres surviennent de manière imprévisible. Ces fluctuations constituent le rythme de la vie. Le risque est donc par définition omniprésent dans la vie de chacun. La vulnérabilité étant la conséquence du risque, il existe plusieurs degrés de vulnérabilité selon les différentes caractéristiques des risques. Nous pouvons distinguer trois formes de risques en général :

Fréquence des risques élevée ou peu élevée

Certains facteurs de risques, comme une maladie bénigne, peuvent survenir très fréquemment. D'autres, comme une invasion de criquets ou un tremblement de terre, sont plus rares.

Forte ou faible intensité des risques

Pour juger si un facteur risque est sérieux ou pas, il faut connaître son intensité. Des facteurs risques ayant une fréquence élevée, mais une incidence mineure sur le bien-être d'un individu (comme une piqûre d'insecte) sont moins sérieux que des facteurs de risques ayant une fréquence faible, mais des conséquences dramatiques (comme un cancer).

Risques auto-corrélés

Après une catastrophe naturelle, toutes les récoltes d'une même zone sont ravagées, laissant les agriculteurs sans aucune source de revenus. Cela va se traduire par une famine générale. Comme la malnutrition diminue la résistance de l'organisme à combattre les maladies, ces individus seront plus enclins à attraper des maladies. Les risques corrélés agissent donc comme un cercle vicieux.

L'identification des risques et des capacités s'avère nécessaire afin de mesurer la vulnérabilité de la personne. D'une manière générale, plus un individu doit faire face à une grande variété de risques, plus il est vulnérable ; inversement, plus un individu a un niveau élevé de capacités, moins il est vulnérable. Cette relation entre vulnérabilité, risques et capacités se traduit par la formule suivante :

$$\text{Vulnérabilité} = \text{Risque} / \text{Capacité}^4$$

La relation entre le revenu et la consommation est illustrée graphiquement (figure I. 2). En se référant à cette figure, les individus ayant un revenu plus élevé auront pu se constituer un capital et auront donc un V plus faible. Inversement, les personnes plus démunies ont moins de possibilités de se constituer un capital, elles auront alors un V plus fort. On peut ainsi penser aboutir à un nuage de points mettant en évidence une certaine courbe.

⁴ Gondard-Lacroix, C., Rousseau S., consulté sur internet le 2014-12-20
<https://doi.org/10.4000/developpementdurable.1143>

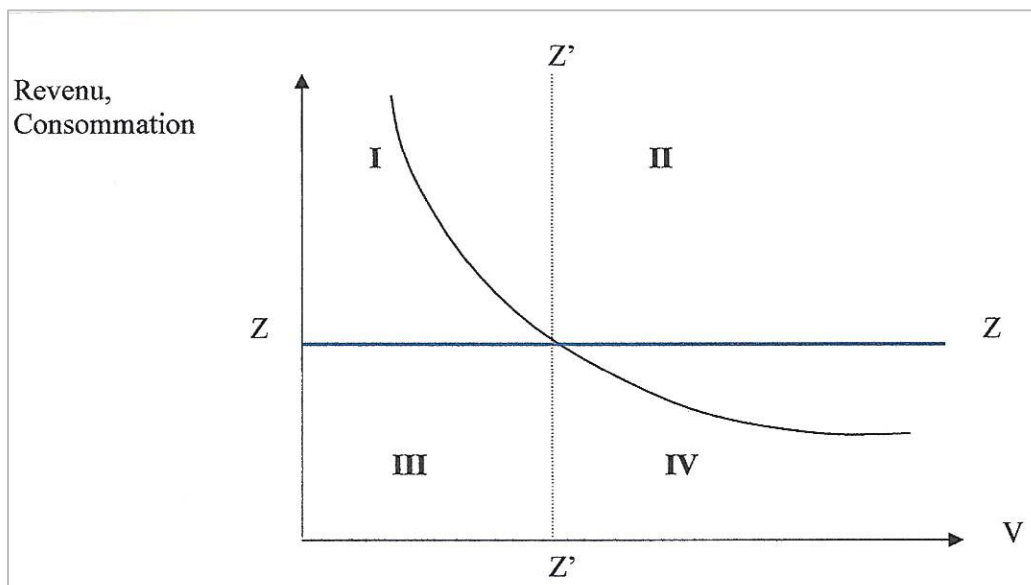


Figure I. 2. Corrélation des revenus en fonction de consommation

Les quatre cadrans représentant les différentes populations vulnérables : le cadran I représente les individus riches ayant un faible coefficient de vulnérabilité, le cadran II représente les individus riches ayant un fort coefficient de vulnérabilité, le cadran III représente les individus pauvres non vulnérables et enfin, le cadran IV représente les individus pauvres ayant un coefficient de vulnérabilité élevé.

Dans le cadre de cette recherche, nous avons un intérêt pour les populations des cadrans II et IV. Ces individus sont vulnérables, car ils n'ont pas acquis un niveau de capacités minimum leur permettant d'utiliser efficacement l'ensemble de leurs capitaux pour obtenir un revenu, de la nourriture, de l'éducation et pour faire face aux fluctuations négatives de la vie.

Il faut donc trouver des stratégies de lutte contre la vulnérabilité permettant de se protéger contre le risque et d'acquérir des capacités. Réduire la vulnérabilité, c'est aussi accroître la sécurité des individus. Il faut donc mettre en place des politiques préventives de lutte contre la pauvreté en s'attaquant à la vulnérabilité (baisse des risques encourus et augmentation des capacités).

1.3 Concept de besoins

Le concept de besoin revêt une importance dans le sens qu'il permet de mieux comprendre l'action humaine. Plusieurs théories ont été développées afin d'expliquer les besoins. Nous nous intéresserons à trois d'entre elles : la théorie des besoins de Maslow (1943), la théorie des besoins de McClelland (1961) et, enfin, la théorie ERG d'Alderfer (1972). Alors que la théorie de McClelland (1961) permet de prendre conscience que les besoins sont spécifiques à chaque individu, les théories de Maslow (1943) et d'Alderfer (1972) se basent plutôt sur l'analyse spécifique des besoins des individus, qu'ils soient latents ou exprimés.

1.3.1 Dimension de la satisfaction des besoins

Le concept de besoin, souvent confondu avec celui d'aspiration, engendre une notion reliée à la pauvreté. Dans le contexte nord-américain, il signifie souvent une plus grande possibilité de consommation de biens et de services, alors qu'en pays sous-développés, le concept de besoin recouvre des nécessités fondamentales, comme se nourrir, se vêtir, se loger. Le concept de besoin dépend des valeurs : il est basé sur ce qui est jugé nécessaire et non seulement sur ce qui est nécessaire. Il évolue constamment et les besoins apparents et exprimés (les symptômes) sont souvent confondus avec les besoins réels (les causes). Le concept de besoin est également tributaire d'une conception de l'homme et de la société. Ceci fait que plusieurs besoins sont reconnus comme des droits dans différentes chartes. Le besoin peut désigner le manque d'équilibre entre une situation donnée et les aspirations, cet état provoquant une tension, par exemple, le besoin de prendre des vacances dans le sud ou ailleurs n'est plus jugé comme un luxe.

Les besoins poussent à l'action. Les besoins peuvent alors être définis comme des « manques » ressentis d'ordre physiologique, psychologique ou sociologique (Louart, 2002). Les raisons du besoin en services sociaux sont attribuables soit à des défaillances sociétales soit à des défaillances individuelles. La réponse aux besoins dans les OC paraît plus structurée en fonction des défaillances individuelles qu'en regard de défaillances sociétales.

1.3.2 La théorie des besoins de Maslow

En 1943, Abraham Maslow publie sa théorie selon laquelle tout individu ressent des besoins qui sont source de motivation. Il propose l'existence de besoins répartis en cinq catégories, qu'il est

possible de hiérarchiser et de classer dans une pyramide (figure I. 3). Les cinq niveaux de la hiérarchisation des besoins de Maslow sont les suivants :

1. besoins physiologiques : besoins basiques (de survie) tels que la faim et la soif.
2. besoins de sécurité : besoins matériels et relationnels (protection contre le danger).
3. besoins d'appartenance : besoins sociaux qui reflètent la volonté de faire partie d'un groupe.
4. besoins d'estime de soi : reconnaissance, considération d'autrui, autonomie, etc.
5. besoins d'actualisation de soi : développement personnel, créativité

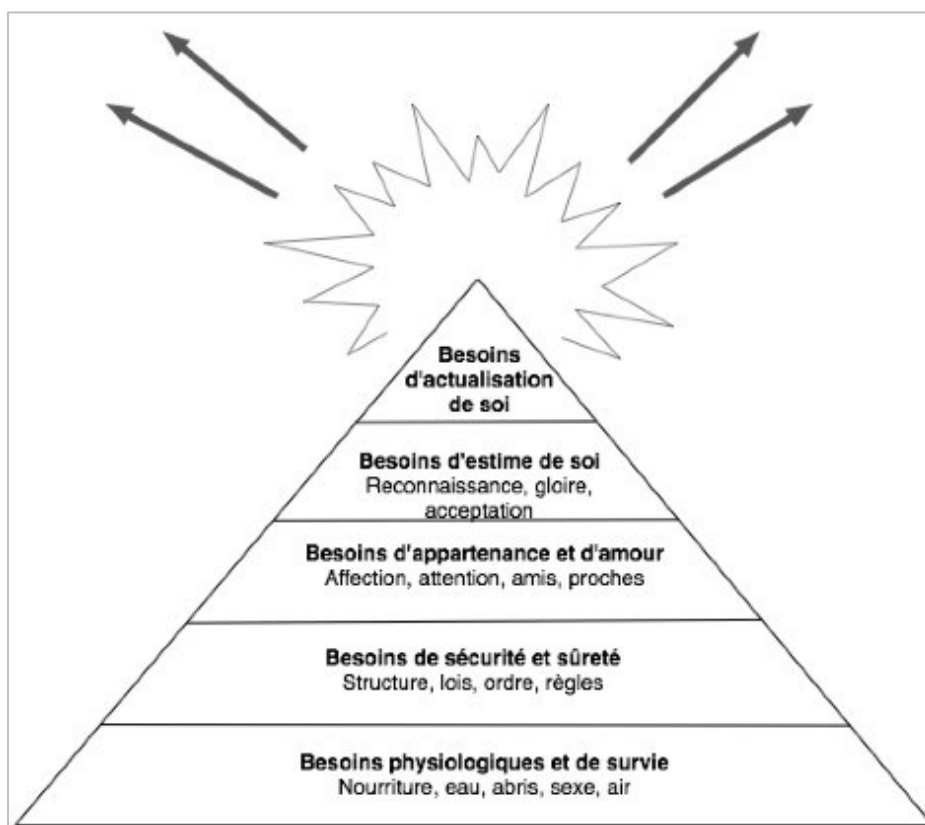


Figure I.3. Pyramide de Maslow

Selon Maslow, la réponse à un besoin en fait émerger d'autres, situés à des niveaux plus élevés. « L'apport de Maslow est un *patchwork* de préconisations, intégrant des réflexions sur la sagesse, la maturation psychologique ou les psychothérapies » (Louart, 2002 :6).

1.4.3 La théorie ESC d'Alderfer

La théorie de Maslow (1943) a été relativement peu vérifiée dans la réalité, principalement à cause de la structure très hiérarchisée des besoins. En réponse, Alderfer (1972) propose une théorie des besoins moins dogmatique dans la hiérarchie, mais qui stipule une progression dans l'assouvissement des besoins. Alderfer recense trois types de besoins :

1. les besoins d'existence (*existence*) : besoins primaires (physiques).
2. les besoins de sociabilité (*relatedness*) : besoins de relations interpersonnelles.
3. les besoins de croissance (*growth*) : besoins de création, de réalisations significatives, d'utilisation et d'amélioration des compétences.

Alderfer (1972) n'impose pas de hiérarchie dans l'apparition des besoins même si on constate une certaine progression dans leur développement. De plus, dans la théorie d'Adelfer, un retour en arrière est possible dans le processus d'assouvissement des besoins. Cela arrive « ... si une personne est frustrée dans ses efforts pour satisfaire son envie de progression (processus de frustration et de régression) ; par exemple, elle peut revenir à des besoins relationnels et, si problèmes, à des besoins de pure subsistance » (Louart, 2002 : 11). Ceci explique entre autres certains problèmes de dépendance (relations, consommation, etc.).

1.4.4 La théorie des besoins de McClelland

Toujours dans l'optique selon laquelle c'est la volonté de satisfaction d'un besoin qui motive les individus, McClelland a proposé en 1961 sa théorie selon laquelle un des trois besoins qu'il a recensés prédomine chez chaque individu et influe sur sa motivation. McClelland propose trois catégories de besoin, sans aucune hiérarchie :

1. besoin d'appartenance (*need for affiliation*) : besoin de s'associer à d'autres personnes.
2. besoin de pouvoir (*need for power*) : besoin d'avoir de l'influence sur ses pairs, d'être capable de les motiver vers un objectif précis.
3. besoin d'accomplissement (*need for achievement*) : besoin de relever des défis, d'atteindre des objectifs.

Pour McClelland (1961), la personnalité de chaque individu est marquée par la prédominance d'un des trois besoins qui sera la force motrice qui influera sur ses comportements. En somme, les besoins poussent à l'action.

1.5 En bref

Ce chapitre a présenté les notions clés sur lesquelles repose notre recherche doctorale.

Le secteur des OC a fait l'objet de diverses définitions. Les principaux termes utilisés pour délimiter ce domaine d'activité sont : secteur sans but lucratif, secteur à but non lucratif, secteur bénévole, troisième secteur et secteur indépendant. Les différentes disciplines ne définissent pas de la même manière le secteur des OC. Le travail social et la gérontologie dans le cas qui nous occupe plus spécialement le définissent comme la nécessité et la capacité de donner des soins et de fournir du soutien. Néanmoins, quelle que soit la définition, certaines caractéristiques communes se dégagent.

Les traits marquants des OC sont la proximité géographique et relationnelle avec la clientèle, l'intégration des services offerts dans un ensemble, la capacité d'adaptation et d'innovation et la volonté de prendre les personnes comme un « tout » et non pas sous une dimension unique de leur expérience.

La pauvreté, la précarité, l'exclusion et le vieillissement sont des phénomènes qui caractérisent la clientèle toxicomane qui fréquente les OC. Ce sont les mêmes phénomènes que l'on trouve aussi chez une clientèle vieillissante submergée par l'ampleur de la toxicomanie dévastatrice dont elle devient victime.

La pauvreté est une réalité complexe, s'exprimant dans de multiples dimensions économiques et sociales, relevant d'un processus au sein duquel les individus sont influencés par leur environnement naturel et institutionnel. La pauvreté est abordée selon deux approches : quantitative et qualitative. La possibilité de croiser les regards des approches quantitatives et des approches qualitatives est source de richesse dans l'analyse de la pauvreté. Analyser les régularités, c'est-à-dire les relations stables entre les différentes variables qui influencent la pauvreté, tout en focalisant sur le singulier, le contingent à partir du ressenti et des expériences de la pauvreté, permet d'explorer en profondeur les caractéristiques de la pauvreté et de ses processus.

Pour ce qui concerne la toxicomanie, le phénomène qui caractérise la clientèle des OC faisant objet de cette étude, trois termes sont couramment utilisés : addiction, dépendance et toxicomanie. Ces termes font référence à la consommation répétée et dommageable de substances psychoactives.

La quantification précise des personnes toxicomanes s'avère difficile tenant compte que ces personnes ne sont généralement repérables qu'au moment où leur consommation devient problématique au point d'induire des contacts avec les institutions du caractère illicite de leur pratique.

Les statistiques de Santé Canada indiquent que 40,9 % des Canadiens (41,6 % au Québec) ont consommé de drogues illicites dans leur vie, 22,9 % consomment des produits pharmaceutiques psychotropes et, pour ce qui est de l'alcool, la consommation se chiffre à 89,7 % (92,8 % pour le Québec).

Selon le Centre canadien de la lutte contre les toxicomanies, 50 % des toxicomanes ont des troubles de santé mentale et 15 à 20 % des gens avec des troubles de santé mentale ont des problèmes de toxicomanie.

Toutes les définitions sur la toxicomanie, discutées dans ce chapitre, tournent autour de la consommation problématique de substances (principalement drogue et alcool) qui a une incidence sur l'individu. La toxicomanie apparaît comme une problématique multidimensionnelle qui a des répercussions sur la santé physique et mentale des individus, sur leur vie économique et sociale..

Quant au vieillissement, il est défini comme un processus dynamique de changement et d'adaptation à une réalité individuelle et à l'environnement. Il comporte différentes dimensions : biologique, génétique, psychologique, sociale et spirituelle. Au Québec, une tendance en hausse du phénomène du vieillissement de la population est constaté. Si la tendance actuelle se poursuit, la proportion des 65 ans et plus aura presque doublé, de 1996 à 2026. Aujourd'hui, les personnes de 65 ans et plus forment 14,4 % de la population québécoise ; en 2026, elles seraient près de 25 %.

Les baby-boomers, catégorie de personnes vieillissantes en nombre important sur le plan démographique, sont de ceux qui ont consommé le plus de psychotropes, ce qui les a exposés à un vieillissement précoce ainsi qu'à certaines maladies chroniques.

En ce qui a trait à la précarité, elle pourrait se définir comme étant l'absence d'une ou plusieurs des sécurités permettant aux personnes et familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de

jouer de leurs droits fondamentaux. Il est à constater que la précarité et la pauvreté sont liées, d'un côté par leur émergence commune dans un contexte social en mutation sociale et économique issu des années 1980 et, d'un autre côté, par une relation de cause à effet, la précarité pouvant mener à la pauvreté.

De façon générale, les auteurs définissent principalement l'exclusion comme une perte ou une rupture du lien social : pour différentes raisons, des individus ne participent plus aux interactions sociales ou ne sont plus en mesure d'y participer. La dynamique de l'exclusion pourrait être comprise comme une rupture due à un manque. L'exclusion serait donc une incapacité à exercer et à cultiver le lien social à cause d'un processus de manque.

La capacité désigne un ensemble de paramètres fonctionnels (savoir être et savoir-faire) qui permettent à une personne de prendre des décisions, liées à son mode de vie et à son milieu de vie. L'approche par les capacités vise à offrir un cadre d'évaluation non seulement du bien-être individuel, mais aussi de la qualité de vie des individus.

L'existence de la personne est faite de « fonctionnements », des états ou des actions qui déterminent son accomplissement. Les capacités sont la possibilité d'exercer une liberté de choix en fonction de ces états et de ces actions. Dans un contexte où les capacités ne peuvent pas s'exercer, pour de multiples raisons – monétaires ou autres – s'inscrit la pauvreté.

La vulnérabilité est la probabilité de voir sa situation ou ses conditions de vie se dégrader ou s'enfoncer, quel que soit le niveau de richesse, face aux fluctuations de la vie. L'objectif de chaque individu est de réduire sa vulnérabilité, d'une part en diminuant ses risques et d'autre part en augmentant ses capacités.

Comme mentionné précédemment, les individus touchés par la triple problématique TVP sont plus que vulnérables. Leur situation fait en sorte qu'ils n'ont pas les acquis et les capacités suffisantes pour utiliser efficacement l'ensemble de leurs capitaux en vue d'obtenir un revenu, ou même de se nourrir, encore moins de s'éduquer. Faire face aux fluctuations négatives de la vie devient pour eux un obstacle insurmontable.

Pour lutter contre la vulnérabilité, il faut trouver des stratégies permettant de se protéger contre le risque et d'acquérir des capacités. Réduire la vulnérabilité, c'est aussi accroître la sécurité des individus. Il faut donc mettre en place des politiques préventives de lutte contre la pauvreté en s'attaquant à la vulnérabilité.

Le concept de besoin revêt une importance dans le sens qu'il permet de mieux comprendre l'action humaine. Le concept de besoin recouvre des nécessités fondamentales, comme se nourrir, se vêtir, se loger. Il dépend des valeurs : il est basé sur ce qui est jugé nécessaire et non seulement sur ce qui est nécessaire. Il évolue constamment et les besoins apparents et exprimés sont souvent confondus avec les besoins réels. Maintenant que nous avons défini les concepts clés vécus par la clientèle de l'étude, dans le chapitre suivant nous allons dépeindre le milieu communautaire et leurs enjeux.

CHAPITRE 2 –

ÉTAT DES LIEUX DES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES AU QUÉBEC

Le développement des communautés figure parmi les nouvelles pratiques du travail social auxquelles s'intéressent de plus en plus de chercheurs et de praticiens de tous les milieux. Depuis 2003, il est devenu le fer de lance de la santé publique, qui en a fait une stratégie officielle du programme national de santé publique du Québec pour répondre aux besoins des personnes et des communautés (Bourque, 2008). Le développement des communautés permet à l'État d'impliquer plus activement les différents acteurs du milieu dans ses objectifs d'amélioration de la santé et du bien-être de la population. Le développement des communautés peut engendrer un large éventail de projets, d'initiatives et d'actions qui poursuivent tous le même objectif – celui d'aider les gens et les communautés à se développer de manière optimale. Les OC jouent un rôle clé au sein de ces nouvelles pratiques fondées sur le partenariat, l'intersectorialité et la territorialité.

Ce chapitre présente un état des lieux des OC au Québec par la synthèse d'une recherche et une analyse approfondie bibliographique. Un historique sur le parcours des activités communautaires au Québec permet d'amorcer la réflexion sur la nécessité d'existence des OC et leur rôle crucial dans la solution efficace des problématiques de caractère social de la population.

En tenant compte du fait que l'action communautaire agit au sein de communautés locales en se basant sur les politiques sociales d'un État, il est important de décrire les relations que les OC entretiennent avec les organismes et les instances gouvernementaux.

La connaissance des enjeux des OC revêt le même degré d'importance. Ces OC qui aident à améliorer les conditions de vie des gens en agissant surtout sur la pauvreté, l'isolement, la toxicomanie et des oppressions telle le sexisme, le racisme, l'âgisme... font face à de nombreux enjeux dont les plus préoccupants sont ceux concernant leur financement et leur gestion.

Le travail en milieu communautaire est basé sur une forte idéologie professionnelle et certaines valeurs fondamentales. Au plan personnel, l'idéalisme est considéré comme une prédisposition à l'épuisement professionnel. Une synthèse des approches théoriques sur ce dernier avec l'exemple d'illustration au milieu communautaire est aussi présentée dans cette section.

Les OC fonctionnent selon un modèle interdisciplinaire qui est focalisé sur le client, l'apprentissage et l'autonomisation. Ce modèle donne une définition collective des problèmes et valorise la contribution de chaque discipline. La définition d'interdisciplinarité, son rôle, ses avantages et désavantages d'application au milieu communautaire complètent la question sur le fonctionnement des OC au Québec.

2.1 Historique des OC

L'être humain a tendance depuis longtemps, et de façon répandue, à former des groupes, des associations et des organismes en vue d'atteindre des objectifs partagés, ainsi que pour fonctionner plus efficacement et aisément en société.

L'émergence d'une préoccupation pour la santé et le social remonte jusqu'à l'Antiquité, ainsi certaines professions telles que la médecine et le droit existent depuis la nuit des temps, mais il en est tout autre pour l'intervention sociale, qui a fait son apparition vers la fin du 19^e siècle, début du 20^e. Dans le cadre de cette recherche, l'intervention sociale en tant que souci du bien-être humain et collectif véhiculé par les OC, et non la profession en tant que telle, est retenue aux fins d'analyse.

Parallèlement aux professions, les activités sans but lucratif existent aussi depuis très longtemps et sous diverses formes. Les dossiers historiques et archéologiques montrent que, très tôt, les êtres humains ont mis au point des mécanismes sociaux pour répondre à leurs besoins et réduire les risques pour leur survie à long terme.

Les organismes de bienfaisance plus organisés, comme nous les connaissons aujourd'hui, sont un phénomène occidental récent qui a découlé de la Réforme, en Angleterre, et de l'émergence de ce pays comme une puissance commerciale importante. Lorsque les monastères de l'Église catholique romaine ont été abolis, des établissements de remplacement ont dû être créés pour remplir les fonctions de bienfaisance dont bénéficiait auparavant la grande collectivité.

De plus, en l'absence de moines et de religieuses pour gérer et faire fonctionner ces entités, de nouveaux véhicules sociaux se sont révélés nécessaires. C'est ainsi que l'Elizabeth Poor Laws a vu le jour en 1601, autorisant une nouvelle méthode de gestion des fonds de bienfaisance et, pour la première fois, tentant de définir le bien public auquel la société de l'époque accordait de la valeur. Parmi ce que les élisabéthains considéraient comme le bien public figurait :

/.../ l'aide aux pauvres ; l'entretien des soldats et des marins malades et estropiés, pauvres principalement en raison de la guerre ; les écoles d'apprentissage, les écoles gratuites et les bourses dans les universités ; la réparation de ponts, de ports, de havres, de ponts jetés, d'églises, d'ouvrages de défense des côtes et de routes ; la prise en charge des orphelins ; l'établissement ou l'entretien de maisons de correction ; le mariage des domestiques pauvres de sexe féminin ; l'aide aux jeunes gens de métier, artisans et personnes affaiblies ; le redressement ou le rachat des prisonniers ou des captifs ; et l'aide aux pauvres. (Reed et Howe, 1999)

Il n'est donc pas surprenant que des notions similaires du bien public aient traversé l'Atlantique avec les premiers immigrants britanniques qui sont arrivés au Canada et aux États-Unis. Des œuvres de bienfaisance communautaires au service des pauvres et des orphelins, et d'autres pour la construction d'hôpitaux, ont vu le jour dans les Maritimes et dans l'Ontario rural dès la fin des années 1600. Au Québec, la Couronne et l'Église ont collaboré dès les débuts de la colonie française pour fournir des services similaires, grâce à des quêtes publiques dans chaque paroisse et à des subventions de la Couronne. Après la Confédération et avant la Première Guerre mondiale, de nombreuses associations nationales ont été établies à des fins de bienfaisance et d'entraide mutuelle, notamment pour aider à l'établissement des nouveaux immigrants (par exemple, le YMCA) et pour promouvoir l'élaboration de politiques nationales et la formation des positions politiques des groupes pluralistes (par exemple, l'Association des manufacturiers canadiens, les sociétés ethniques d'entraide mutuelle, etc.). Ces groupes n'étaient pas tous financés pour des fins nobles. Leur objectif, selon Prang (1986 dans Statistique Canada, 1999), consistait à offrir un programme de christianisation et de canadianisation, en réponse aux préoccupations des Anglo-saxons concernant l'afflux d'immigrants nés à l'étranger. Dans les années 1920, de nombreuses associations nationales ont vu le jour avec des intérêts particuliers mieux servis par une tribune nationale de la Chambre de commerce du Canada à la *Canadian Authors Association* et au Mouvement chrétien des étudiants :

Entre 1880 et 1930, un nombre important d'associations de chercheurs et d'éducation ont été constituées pour répondre aux besoins de disciplines et d'établissements particuliers. Au début des années 1930, les répercussions de la Dépression ont entraîné la constitution d'un nombre si important d'organismes de bienfaisance au niveau local que des fonds communautaires ou des campagnes de collectes de fonds et des systèmes de distribution "Red Feather" ont été établis dans les grandes villes. (SC 1999 p. 49)

De nombreuses associations ont eu des répercussions significatives sur l'établissement de l'infrastructure de communication politique au Canada. La *Canadian Radio League* a joué un rôle majeur quant à l'établissement d'un réseau public de radiodiffusion, et ses membres se sont par la suite réorganisés pour appuyer la constitution de l'Office national du film (ONF). La Société radio Canada (côté anglais) et l'ONF ont collaboré activement avec l'Association canadienne d'éducation des adultes, en vue de parfaire la scolarité de ces derniers. De nombreux organismes bénévoles ont soumis des mémoires dans le cadre des travaux sur le fédéralisme canadien de la Commission Rowell-Sirois, qui a eu une influence très grande sur l'établissement de l'État providence au Canada des années 1940 au milieu des années 1970.

Du fait de l'avènement de l'État providence, de nombreuses organisations et associations de bienfaisance ont vu le jour, ce dont rend compte l'augmentation importante du nombre d'organismes apparus à partir des années 1960. Nombre des nouveaux groupes établis au cours des années 1980 représentaient des intérêts multiculturels et ethniques et s'occupaient des services d'entraide, des soins de santé et de la lutte contre la pauvreté, ainsi que de la défense de l'environnement. Ces changements constants ont touché l'histoire du secteur sans but lucratif au Canada, jusqu'à nos jours. Des groupes ont été formés pour différentes raisons, avec des sources de financement et des rôles différents.

Ces organismes exercent leur activité dans un large éventail de domaines. Ils contribuent à des services de protection des enfants et adolescents, d'aide aux réfugiés et d'aide matérielle, de prévention de désastres, de crises et d'intervention en situation d'urgence, de refuge temporaire, etc. Ils dispensent également des services d'apprentissage de l'autonomie et des services sociaux personnels comme l'orientation à l'égard du crédit, le soutien du revenu au profit des populations et des collectivités.

Selon une enquête nationale menée en 2003 auprès des organismes sans but lucratif et bénévole (ENONB, 2003) ainsi que selon les données qui sont le fruit de recherches effectuées en 2005 au Canada et dans les trente-six autres pays participants au projet comparatif sur le secteur des OC de l'Université de Hopkins, il existe environ 161 000 OC au Canada. Les OC les plus nombreux appartiennent aujourd'hui au domaine des sports et loisirs (21 %) suivis par ceux du domaine religieux (19 %), ceux du domaine des services sociaux (12 %), ceux du domaine des

intermédiaires philanthropiques et de la promotion du bénévolat et ceux du domaine des arts et de la culture (9 %) (figure II.1). Les OC du domaine des services sociaux sont ceux qui sont ciblés par cette thèse.

Les organismes du domaine social sont le troisième type d'organismes communautaires le plus répandu au pays. Le montant total annuel des recettes de ces organismes s'élève à 11,1 milliards de dollars, soit 10 % du montant total des recettes pour tous les organismes confondus (112 milliards).

Les OC du domaine des services sociaux sont plus susceptibles que les OC en général d'être des organismes de bienfaisance enregistrés. Un peu plus de la moitié (56 %) des OC au Canada sont des organismes de bienfaisance enregistrés alors que près de trois quarts (72 %) des OC du domaine des services sociaux détiennent le statut d'organisme de bienfaisance. Grâce à ce statut, les organismes peuvent remettre des reçus fiscaux pour dons de charité, ce qui d'une part facilite en partie l'obtention de financement et, d'autre part, permet d'avoir accès aux fonds d'une fondation, avantages qui, aux termes de la loi, sont réservés aux organismes de bienfaisance enregistrés.

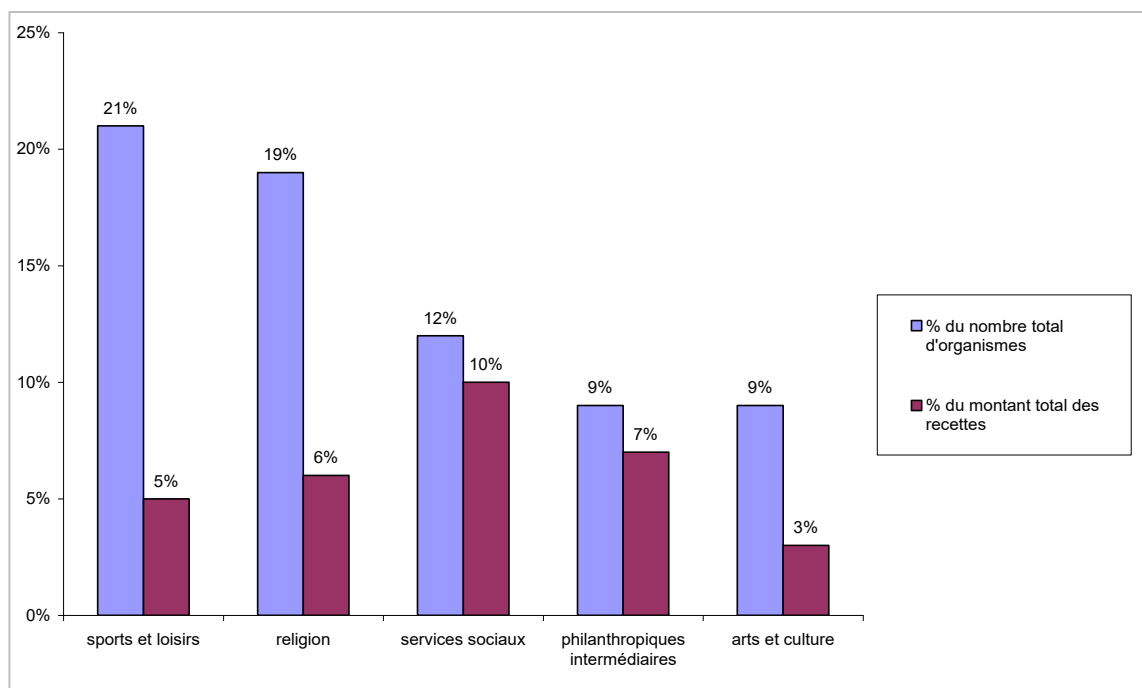


Figure II. 1. Pourcentage du nombre total d'organismes et pourcentage du montant les recettes en fonction du domaine d'activités. (Source, ENONB, 2003)

D'après l'ENONB, les OC de services sociaux existent depuis moins longtemps que les autres types d'OC. En fait, plus de la moitié (52%) d'entre eux exercent leur activité depuis moins de vingt ans et sont plus susceptibles d'être des organismes de bienfaisance enregistrés.

Pour ce qui est de l'ampleur de leur budget annuel moyen, les OC du domaine des services sociaux tendent à avoir des revenus plus grands que ceux des autres types d'organismes. La moitié (50%) d'entre eux s'assure d'au moins 100 000\$ par rapport à un peu plus du tiers (36%) de l'ensemble des OC. Par ailleurs, les organismes sociaux sont presque deux fois plus susceptibles que les autres organismes d'avoir des revenus annuels d'au moins un million de dollars (12% par rapport à 7%).

La plus grande partie du financement des organismes sociaux provient de source gouvernementale et une partie moindre provient des revenus gagnés et des dons. En fait, les subventions gouvernementales représentent les deux tiers (66%) des recettes des OC du domaine des services sociaux. Le gros de ces recettes provient des gouvernements provinciaux. Les revenus gagnés

constituent la deuxième plus importante source de recettes (20%) pour les OC du domaine des services sociaux, suivi des dons (11%).

Au Québec, le mouvement social s'est développé plus tard qu'aux États-Unis et l'accessibilité universelle aux services sociaux n'est pas apparue du jour au lendemain ; elle a dû franchir plusieurs étapes à mesure que la conscience sociale du pays se développait.

Ainsi, de leurs débuts à caractère confessionnel au cours des années 1940-1950, les OC se sont développés parallèlement aux conjonctures sociopolitiques en place. L'évolution rapide qu'a connue la société québécoise a été accompagnée de transformations sociales importantes, dans un laps de temps très court. Mais c'est au cours des années 1960-1970 que l'action sociale a pris beaucoup d'ampleur, avec la création d'un vaste éventail de services publics sous l'égide de l'État providence, au moment où le droit aux services publics était associé aux droits de citoyenneté plutôt qu'aux œuvres de bienfaisance. Les responsabilités du secteur privé et celles de l'État ont considérablement varié au cours des époques. Hayda Denault (1960 :56), une pionnière des services sociaux au Québec, affirme que « l'histoire de la lutte contre la pauvreté c'est aussi l'histoire de l'origine et du développement du service social ».

L'action sociale a toujours été associée aux œuvres de bienfaisance et à l'aide-bénévole aux gens dans le besoin. Les organismes d'action sociale ou bénévole visent à aider les individus, les familles, les groupes et les communautés à améliorer leur bien-être individuel et collectif. L'action sociale tire son origine de deux sources principales, d'une part, l'intervention auprès d'individus provenant de la création des *Charity Organisation Societies* (COS) et, d'autre part, l'intervention collective, provenant de la création des *Community Settlements*. Vue dans son ensemble, l'action sociale aide les gens à développer leurs habiletés et à utiliser leurs propres ressources communautaires pour résoudre les problèmes. Il traite aussi de questions sociales plus vastes comme la pauvreté, le chômage et la violence familiale. L'action sociale est associée à la prestation des services publics et aux droits de citoyenneté de l'État Providence.

L'environnement socioéconomique du Québec a connu, pendant les années 1960-1990, des transformations profondes et la population a eu à relever plusieurs défis pendant cette époque, pour réussir à secouer le fatalisme dans lequel la religion catholique, la domination de la classe dirigeante anglophone et le duplessisme se complaisaient à l'y laisser. Néanmoins, on peut affirmer

qu'au cours de cette période, le Québec a au moins réussi à se sortir d'un certain marasme socio-économique.

Le gouvernement du Québec adoptait en 1969 la Loi sur l'aide sociale : elle avait pour but de délaisser l'aspect assistance financière et de se concentrer sur le professionnalisme des interventions. Faisant suite à certaines recommandations de la Commission Castonguay-Nepveu, le gouvernement québécois adopta, en 1970, la Loi et le régime universel d'assurance-maladie afin de réorganiser en profondeur le système de santé et des services sociaux, d'ailleurs appuyé en 1972 par la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Pour faire suite aux autres recommandations du rapport de Castonguay-Nepveu, une réforme du système de santé et des services sociaux a été entreprise. Ainsi, le Code des professions, la Loi de la protection de la santé publique et la Loi de la protection du malade mental furent adoptés de façon univoque, entraînant plusieurs changements sociaux importants :

- accessibilité universelle des services sociaux et de santé ;
- création du ministère des Affaires sociales, des centres locaux de services communautaires (CLSC), des centres de services sociaux (CSS), des départements de santé communautaire (DSC) et des conseils régionaux de la santé et des services sociaux (CRSSS);
- création de l'Office des professions du Québec ;
- participation garantie des usagers et des travailleurs au sein des différents conseils d'administration et au bureau des ordres professionnels.

Avec l'arrivée de la première crise du pétrole s'étendant de 1973 et 1979, le Québec, comme tout l'Occident, a vu sa croissance économique considérablement ralentir et se détériorer au tournant des années 1980. La province est plongée dans un climat instable. Sur le plan économique, la récession fait des ravages : augmentation du chômage, conditions de vie plus difficiles, augmentation de la pauvreté, et ce, particulièrement auprès de certains groupes, soit les jeunes et les femmes. Des mouvements viennent marquer cette décennie. C'est notamment l'essor de mouvements de groupes de femmes : « De manière générale, on peut dire que la singularité du mouvement féministe a contribué au renouvellement des pratiques communautaires au Québec » affirment Lamoureux *et coll.*, 2002 : 42). Les mouvements de femmes s'assurent de promouvoir les revendications sociales de toute la collectivité féminine, soit de toutes les femmes y compris

celles « marginalisées, rendues vulnérables à cause de leur race, de leurs origines ethniques ou de leur statut d'immigrantes, d'un handicap ou de leur orientation sexuelle » (Maillé, 2000 :89).

Cette période est aussi accompagnée d'une revalorisation du bénévolat. L'État sollicite l'action bénévole bien que le milieu syndical y voie là une menace pour les travailleurs. Mais, en fin de compte, l'apport du bénévolat est bénéfique ; s'amorcent alors une bureaucratisation et une hiérarchisation des fonctions des organismes bénévoles.

Tout comme dans les autres pays, au début des années 1990, la mondialisation apporte son lot de problèmes au Canada et dans ses provinces : les problèmes sociaux s'aggravent sur le plan local et les communautés sont aux prises avec une augmentation des problèmes liés au chômage, à la pauvreté, la délinquance et l'immigration. Sur le plan socioéconomique, quatre phénomènes essentiels caractérisent le Québec : récession, transformation du marché du travail, nouveaux aspects de pauvreté et importants changements démographiques. Ainsi, au cours de ces années, le mouvement communautaire devient un incontournable dans les débats publics et on y voit une concertation et une complémentarité aux services de l'État.

Les OC jouent donc un rôle de premier plan auprès de plusieurs clientèles. En 1993-1994, près de 2 000 d'entre eux ont été subventionnés par le ministère et les régies régionales de la Santé et des Services sociaux (Lamoureux *et coll.*, 2002). Nous retrouvons donc maintenant des OC qui gèrent des projets axés sur des objectifs sociaux et économiques à la fois. Ces organismes ont une volonté d'intervenir et font appel à la participation des travailleurs et des citoyens. Ils sont favorables à l'*empowerment*⁵ individuel et collectif .

Les principes sur lesquels s'appuient la mission et les pratiques des OC se retrouvent dans l'histoire d'un mouvement social beaucoup plus large. La notion de mouvement social ne constitue pas une unité objective et structurée en soi. Selon Lamoureux (1994 : 34), il s'agit plutôt d'une immense « nébuleuse aux confins incertains et à la densité variable » (Expression reprise de Melucci, 1983) dont l'émergence est associée au besoin des citoyens de se solidariser afin de circonscrire un conflit social et de repousser les limites du système qui l'entretient.

⁵ « L'empowerment est un terme devenu passe-partout, dont les origines sont d'abord collectives, prenant racine dans les communautés noires américaines, maintenant utilisé pour décrire tout processus de développement, incluant la croissance personnelle et le processus d'appropriation du pouvoir ou d'autonomisation qui amène l'individu à se positionner en tant qu'acteur de sa propre vie » (Bourque, 2008 :21).

Le « mouvement communautaire », comme Lamoureux (1994) l'appelle, s'articule dans divers réseaux d'organismes et de regroupements partageant une identité, qui elle-même est sillonnée par diverses valeurs et initiatives émergeant des nombreux mouvements sociaux apparus au cours des années 1970, des mouvements tels celui des femmes, de la jeunesse, des consommateurs, des pacifistes et des écologistes pour n'en nommer que quelques-uns. Descendant de la culture autogestionnaire ainsi qu'anti autoritaire des ressources populaires et des solutions élaborées pendant cette période, le mouvement constitue un entrelacement d'expérimentations diverses, cherchant en marge des organisations politiques et syndicales, à animer une prise en charge démocratique des problèmes des conditions de vie ainsi que des services collectifs au sein d'un milieu (Bélanger et Lévesque, 1992). L'organisation communautaire n'est qu'un outil : il peut servir à toutes les sauces et conduire dans toutes les directions.

2.2 Relations des organismes communautaires avec d'autres instances

L'évolution des OC québécois au cours des dernières années jusqu'à ce jour s'est caractérisée par une influence continue des mouvements communautaires sur le gouvernement et vice-versa. Cette relation politisée a mis en lumière des divisions au sein du secteur communautaire qui sont parfois liées aux idéologies et aux objectifs, mais aussi aux différentes relations entre les OC du secteur communautaire et d'autres, incluant ceux du secteur public, du milieu des affaires et du monde du travail.

Bâtir des relations (*networking*) constitue le fondement des grands organismes et associations. Pour atteindre leurs objectifs et connaître du succès, les OC doivent bâtir de solides rapports avec les membres du conseil d'administration, les usagers et usagères ou bénéficiaires, le public, les représentants gouvernementaux, les autres OC, les commanditaires et bailleurs de fonds et, bien entendu, le personnel et les bénévoles qui y travaillent chaque jour. La présentation se limite ici aux relations entre les OC et le gouvernement et celles entre les OC et leur personnel, car ces deux aspects sont interreliés et pertinents au propos. Sans l'aide et le soutien gouvernemental, l'organisme aura des lacunes en ressources humaines, l'efficacité et le rendement des OC reposant sur de solides relations de travail.

2.2.1 Organismes communautaires et instances gouvernementales

Pour un cadre d'un organisme communautaire, s'engager dans un niveau de planification et d'exécution est essentiel pour favoriser la collaboration et des changements significatifs en matière de politique publique, au nom de ceux que l'organisme représente. Mais établir une relation avec des instances gouvernementales n'est pas chose facile. Très peu de cadres d'OC ont reçu une quelconque formation à cet effet. Cependant, l'habileté à promouvoir efficacement les intérêts de son organisme constitue une exigence fondamentale dans le secteur sans but lucratif, puisque les intervenants de ce secteur cherchent à représenter les intérêts de leur organisation auprès des décideurs clés du gouvernement. Quelquefois, la survie de l'organisation dépend largement du succès de cette démarche.

Établir de bonnes relations qui rapporteront des bénéfices à l'organisation est un processus personnel à chaque cadre, selon son style et son niveau de confort, qui forgera l'établissement et la promotion de bonnes relations avec les personnes représentant le gouvernement ayant la capacité d'influencer le changement ou d'instaurer une politique ou d'accorder de l'aide sous forme de subvention ou autres.

Les OC ne sont pas homogènes. Ils sont constitués d'organismes qui travaillent dans une grande variété de secteurs et qui poursuivent des finalités différentes. Cette situation donne lieu à une diversité de liens avec l'appareil gouvernemental. Comme l'indique la politique gouvernementale, les OC peuvent même parfois entretenir un rapport conflictuel avec l'État, leur mission les amenant à exprimer leur point de vue sur des enjeux à caractère politique et à prendre une distance par rapport aux solutions envisagées ou mises en place par le gouvernement. Les ministères et les organismes gouvernementaux sont conviés à prendre en considération cette diversité de missions et de rapports de l'État et à reconnaître toute la richesse dont elle peut être porteuse.

La machine gouvernementale n'en est pas à ses débuts en matière de relation avec les OC, puisque le gouvernement les soutient depuis plus de trente ans. Certains ministères et organismes gouvernementaux ont pu, au fil des ans, tisser des liens de toutes sortes avec les OC. Ils peuvent aujourd'hui s'appuyer sur l'expertise qu'ils ont ainsi acquise. D'autres instances gouvernementales, cependant, amorcent leurs relations avec les OC et la mise en œuvre de la politique leur offre l'occasion d'adopter dès maintenant les orientations propices à une évolution positive et dynamique de ces relations.

Le secteur communautaire et l'État vivent en effet un engagement politique l'un envers l'autre depuis les années 1960. Les gouvernements de toutes tendances ont fait d'importants efforts pour orienter le mouvement communautaire vers les objectifs de l'État, pour découvrir qu'il n'était pas facile de maîtriser l'idéologie populiste de base qui continue de l'inspirer. Les divisions internes au sein du secteur communautaire sont soumises à la discussion publique. Nous avons maintenant les OC et les entreprises d'économie sociale qui exigent tous un traitement différent et veulent être reconnus pour ce qu'ils sont et pour leur rôle particulier dans la société.

Cette tension a clairement montré que le mouvement ou le secteur communautaire a ses intérêts corporatifs propres, tout comme le milieu des affaires, le monde du travail et le secteur public. Des relations harmonieuses avec l'État ne seraient pas dans son intérêt; la « collaboration conflictuelle » qui s'est peaufinée pendant quatre décennies conviendrait peut-être beaucoup mieux et, en fait, ressemblerait bien davantage aux relations qui existent entre le monde des affaires, le secteur syndical et l'État. Reste à voir si le gouvernement québécois a aussi appris à vivre avec ce genre de relations ou s'il aura à choisir. Le mouvement communautaire n'a montré aucun signe de dissipation au Québec; en fait, si le rôle de leader qu'il a joué dans la Marche internationale des femmes en octobre 2000 signifie quelque chose, c'est sans doute que le mouvement croît et gagne en maturité.

Enfin, le cas du Québec laisse croire qu'un changement dans les relations institutionnelles entre l'État et le secteur communautaire peut ultimement mettre aussi en cause d'autres secteurs. Plus le secteur communautaire s'engage dans des relations institutionnelles avec l'État, plus les intérêts du milieu des affaires, du monde du travail et du secteur public empiètent sur cette relation et sur le secteur communautaire lui-même. Toutefois, au Québec du moins, il y a un peu d'espoir, et il est même suggéré que le secteur communautaire est également un acteur social qui peut empiéter sur les autres. Aussi limités que soient ses pouvoirs, le mouvement communautaire a néanmoins laissé sa marque sur l'État québécois, structuré la prestation de certains services publics, comme les garderies et les services de santé mentale, encouragé par le mouvement ouvrier à défendre sa cause, et « a forcé » le secteur économique à admettre une part de responsabilité dans la pauvreté.

2.2.2 Politique de reconnaissance et de soutien de l'action communautaire

Les relations et les tensions entre l'État et le secteur communautaire sont sans doute mieux illustrées par les événements qui ont eu cours depuis 1995. Pour mieux appuyer sa politique de

partenariat avec le secteur communautaire, le gouvernement québécois a annoncé, en avril 1995, la création du Secrétariat à l'action communautaire autonome, rattaché directement au conseil exécutif. Celui-ci est presque immédiatement renommé le Secrétariat à l'action communautaire autonome (SACA) par suite des pressions exercées par le mouvement d'action communautaire autonome.

Deux mois après la création de cette entité, à la fois pour confirmer le principal objectif du mouvement communautaire, qui est de combattre pour la justice sociale, et pour contrer toute nouvelle stratégie du gouvernement visant une appropriation du pouvoir populaire à ses propres fins, une coalition de groupes de femmes, d'organismes de lutte contre la pauvreté et d'étudiants converge vers l'Assemblée nationale à Québec dans le cadre de la marche du pain et des roses. Un an plus tard, au sommet socio-économique provincial en 1996, le secteur communautaire se voit offrir une place aux côtés du gouvernement, des entreprises et des syndicats à titre de partenaire influent. Bien que ce sommet et d'autres, plus récents, se définissent principalement comme des exercices orchestrés de recherche de consensus par le gouvernement québécois, il n'en reste pas moins qu'ils ont un impact réel, même limité, sur les politiques. Au sommet de 1996, le premier ministre du Québec obtient le consensus qu'il cherchait sur une politique de déficit zéro, mais le contingent communautaire est également en mesure de faire des pressions sur l'État, le monde des affaires et le secteur syndical pour qu'ils acceptent de créer un Fonds de lutte contre la pauvreté, destiné à l'investissement dans des programmes de création d'emplois pour les pauvres.

Reconnaissant l'apport unique de ces OC et les fondements de leur approche particulière, le gouvernement du Québec déploie beaucoup d'énergie afin de soutenir les organismes dans la réalisation de leur mission, et ce, tout en respectant leur autonomie en maintenant la distance nécessaire entre eux et l'appareil étatique. C'est à partir de 1998 que le travail de rédaction de la Politique est réellement enclenché. Le SACA met trois ans pour élaborer la Politique via un processus de consultation/négociation avec le mouvement d'action communautaire autonome représenté par le Comité aviseur de l'action communautaire autonome. L'objectif principal est de parvenir à une définition de l'action communautaire autonome la plus consensuelle possible et de préciser les balises devant guider la reconnaissance et le soutien accordés par l'État à ces organismes dits autonomes.

La Politique de reconnaissance et de soutien de l'action communautaire est adoptée par le gouvernement du Québec au mois de septembre 2001. Il s'agit d'une politique intersectorielle et multisectorielle qui touche 22 ministères et organismes gouvernementaux de même que près de 5 000 OC et propose une définition et un mode de régulation des rapports entre le gouvernement et les OC. Ses objectifs sont notamment : la reconnaissance de l'action communautaire dans toutes ses composantes substantives et organisationnelles ; le respect de l'autonomie de l'action communautaire ; le soutien financier de l'action communautaire ; la régularisation des relations entre les instances gouvernementales et les organismes ; la transparence et l'harmonisation des pratiques gouvernementales à leur égard.

Avant l'arrivée de la Politique, l'ensemble des ministères et organismes gouvernementaux qui avaient des relations avec des OC ne se coordonnait pas réellement entre eux. Quant aux OC, aucune structure n'existait formellement, pouvant prétendre représenter légitimement tous les OC autonomes et encore moins tous les OC au sens large du terme (Centre de recherche sur les Politiques et le développement social, 2005 : ??)

La Politique de reconnaissance et de soutien de l'action communautaire comporte trois caractéristiques générales qui balisent tous les efforts de mise en œuvre :

- son caractère intersectoriel qui interpelle un grand nombre d'acteurs gouvernementaux de visions et de cultures différentes;

le fait que les ministères et organismes touchés par la Politique entretiennent des relations historiques fort différentes avec les organismes et le milieu communautaire en général. Pour certains, ces relations sont fortement enracinées dans l'histoire, dans des programmes structurés ayant fait l'objet de négociations avec les OC dans une culture de « dialogue », fut-il conflictuel à certains moments avec les représentants du milieu communautaire de leur secteur. Pour d'autres, ces relations peuvent être nouvelles ou n'occuper qu'une place mineure parmi l'ensemble de leurs activités;

- sa nature non prescriptive qui laisse aux OC paradoxalement une marge de manœuvre non négligeable. Le caractère non prescriptif de la Politique pose toutefois des défis particuliers en raison de sa portée. Elle s'applique à 22 ministères et organismes qui, eux, sont en relation avec près de 5 000 OC. Ainsi, toutes les orientations et tous les engagements qui y sont énoncés passent inévitablement par le « filtre » des différents ministères et organismes.

Ce filtre peut se traduire dans tous les aspects relatifs à la Politique, que ce soit la signification donnée à l'autonomie des organismes, aux modes de financement, à la nature des ententes, aux mécanismes de concertation ou à tout autre dispositif de reconnaissance ou de soutien des OC;

- Sa dimension structurante en matière de relations entre les acteurs gouvernementaux et communautaires.

Nonobstant sa nature non prescriptive, la Politique a un caractère structurant qui s'exerce principalement à travers les processus et programmes mis en place lors de son implantation, tels que :

- transferts de nombreux OC vers un port d'attache unique ;
- programmes existants ou mis en place ;
- modes de financement ;
- mécanismes de reddition des comptes.

La Politique a induit une structuration ou restructuration importante des relations entre les acteurs communautaires gouvernementaux, par exemple : « *établir avec les OC une interaction fondée sur la confiance, le respect mutuel et la transparence* » (Gouvernement du Québec 2001 : 51) .

Mais l'établissement d'un « *partenariat avec le milieu communautaire pose des défis stratégiques, la relation entre l'État et les organismes pouvant être de nature conflictuelle et les partenaires ne disposant pas nécessairement de moyens égaux* » (Idem : 23). Cette nature conflictuelle a toujours fait partie des relations entre l'État et le milieu communautaire, notamment en raison de la nature même du milieu communautaire, à savoir : sa mission d'agent de transformation sociale à travers la dispensation de services alternatifs, ses rôles de défense collective des droits et de contestation de certaines orientations et politiques gouvernementales, ses objectifs de mobilisation, d'éducation populaire et de participation citoyenne.

Un autre outil de la mise en œuvre de la Politique de reconnaissance a été élaboré. Il s'agit du cadre de référence qui est destiné à l'appareil gouvernemental qui contient les balises permettant son application concrète. Le cadre de référence, accepté par le Conseil des ministres en 2004, contient trois parties :

1. les principes directeurs guidant les relations entre le gouvernement du Québec et les OC ;
2. les balises d'interprétation des pratiques administratives ;

3. les balises d'interprétation des critères qui définissent les organismes d'action communautaire.

La politique de reconnaissance qui s'adresse au milieu communautaire dans son ensemble, vise néanmoins à distinguer et à favoriser l'action communautaire autonome :

Le gouvernement est d'avis qu'il est devenu nécessaire de constituer un dispositif répondant aux besoins de l'action communautaire autonome, dans le respect de ses caractéristiques premières et des aspects qu'emprunte son autonomie. Ce dispositif vient de mettre fin au litige quant aux distinctions à apporter entre les interventions et services alternatifs issus de l'action communautaire autonome et les interventions ou services complémentaires aux services publics (ibid : 25).

Elle précise les critères de base auxquels les organismes d'action communautaire doivent répondre et spécifie également que, « si le gouvernement reconnaît l'action communautaire au sens large du terme, il porte néanmoins une « attention particulière à l'action communautaire qualifiée d'autonome et au mouvement de participation et de transformation sociale qu'elle représente » (ibid : 18). « Le gouvernement reconnaît que la définition de l'action communautaire autonome relève des OC autonomes » (Larose, 2000 : en ligne) Le gouvernement ajoute donc quatre critères en plus de ceux s'adressant à l'ensemble des OC (Gouvernement du Québec, 2001 : 21).

Pour plusieurs, la Politique ne définit que les grandes orientations et les grands principes de l'action communautaire, elle n'est pas « opérationnelle » même si les critères qu'on y retrouve comportent des indications assez précises sur ce que devrait être l'action communautaire au sens large (AC) et l'action communautaire autonome (ACA). Si la Politique avait permis l'émergence d'une définition du mouvement d'action communautaire autonome considérée comme étant « assez juste » par le Comité aviseur (1998), c'est davantage dans le cadre de référence que l'articulation des concepts s'est effectuée, contenant les balises permettant de mieux cerner les spécificités propres à l'action communautaire et à l'action communautaire autonome. Cet enjeu est majeur pour le milieu communautaire qui y joue son identité collective.

2.4 Enjeux rencontrés par les organismes communautaires

Différents enjeux marquent le fonctionnement des OC, qu'ils s'agissent d'enjeux financiers, d'enjeux de représentation ou d'enjeux de gestion. Il en sera question dans la présente section.

2.4.1 Enjeux financiers

L'aspect qui démarque les organismes communautaires des entreprises du secteur privé est la relation étroite qu'ils entretiennent avec le gouvernement, celui-ci étant, dans la majorité des cas, le principal bailleur de fonds. Mais, quelle que soit la source de financement des OC, selon l'Enquête Nationale auprès des Organismes à but Non lucratif et des organismes Bénévoles [ENONB], les enjeux d'ordre financier sont au premier rang dans les préoccupations des dirigeants des OC. Toutefois le mouvement communautaire vit depuis quelques années d'importantes transformations suscitant de nouveaux enjeux. Deux phénomènes sont à l'origine de ces changements :

1. les approches du gouvernement visant à encadrer l'action de ces organismes dans une perspective de complémentarité avec les services publics;
2. la nécessité pour les organismes du mouvement communautaire d'ajuster leurs interventions aux besoins changeants et aux nouvelles réalités économiques et sociales.

Pour certains organismes, le partenariat et la complémentarité avec les services étatiques sont vus comme une possibilité de faire cause commune avec des intervenants inhabituels. D'autres pensent au contraire que ce nouveau type d'engagement comporte trop de risques, dont celui de la neutralisation du caractère revendicateur de leur action.

La distinction entre le communautaire et le communautaire autonome constitue d'abord un enjeu politique en ce que l'État admet que les groupes communautaires ne constituent pas un vaste « fourre-tout » indifférencié, mais qu'ils sont de nature, de mission, de pratique et de fonctionnement propres et qu'il convient donc de leur accorder une reconnaissance spécifique.

Pour le mouvement d'action communautaire autonome en particulier, cet exercice de distinction implique une reconnaissance par l'État des valeurs, fondements, caractéristiques et pratiques particulières du mouvement, une légitimation de sa nature critique, de son autonomie et de son rôle dans la transformation sociale, souhaité depuis nombre d'années. Pour lui, le rapport à l'État s'avère donc fort différent selon que l'on appartient au « mouvement d'action communautaire autonome » qui répond aux huit critères suivants soit :

1. avoir un statut d'organisme à but non lucratif;

2. démontrer un enracinement dans la communauté;
3. entretenir une vie associative et démocratique;
4. être libre de déterminer sa mission, ses orientations, ses approches et ses pratiques;
5. avoir été constitué à l'initiative des gens de la communauté;
6. poursuivre une mission sociale propre à l'organisme et qui favorise la transformation sociale;
7. faire preuve de pratiques citoyennes et d'approches larges axées sur la globalité de la problématique abordée;
8. être dirigé par un conseil d'administration indépendant du réseau public.

ou à un organisme d'action communautaire qui répond seulement aux quatre critères suivants :

1. avoir un statut d'organisme à but non lucratif;
2. démontrer un enracinement dans la communauté;
3. entretenir une vie associative et démocratique;
4. être libre de déterminer sa mission, ses orientations et ses pratiques.

Il est inscrit dans la Politique de reconnaissance que « la mise en œuvre de la politique de reconnaissance et de soutien de l'action communautaire commande un effort sans précédent d'harmonisation gouvernementale » (Gouvernement du Québec, 2001 : 40). Dans la Politique, bien que peu explicitée, l'harmonisation des pratiques réfère à la cohérence de l'action gouvernementale de même qu'à la simplification des procédures pour les organismes qui font affaire avec le gouvernement. L'harmonisation de pratiques constitue donc un enjeu, dans la mesure où l'atteinte de cet objectif pose des défis particuliers pour l'ensemble des acteurs impliqués dans la mise en œuvre, et également parce que cette notion peut être interprétée de diverses manières.

Selon le Cadre de référence, « l'harmonisation des pratiques fait d'abord référence à l'adaptation progressive de pratiques de financement des ministères et organismes en fonction de trois modes de financement proposés dans la Politique, soit le soutien en appui à la mission globale, les ententes de service et les projets ponctuels » (Gouvernement du Québec, 2004 : 19). Toujours dans le cadre de référence, l'harmonisation des pratiques vise plus spécifiquement le mode de soutien en appui à la mission globale puisque, pour les deux autres modes de financement, les ententes de services et les projets ponctuels, les ministères conservent leur autonomie dans la façon dont ils souhaitent les utiliser. L'harmonisation des pratiques est donc un principe relativement large qui peut référer

autant à la nature des programmes, à la façon d'analyser les demandes, aux mécanismes de reconnaissance qu'à la reddition des comptes.

La distinction entre « action communautaire » et « action communautaire autonome » constitue aussi un enjeu financier en ce qu'elle réfère à des modes de financement distincts – mission globale, entente de services ou projet – et vient préciser « dans quels types de relations avec l'État ou dans quelles circonstances, les principaux modes de soutien devraient être utilisés. » (Gouvernement du Québec, 2004 : 25)

La participation du gouvernement au financement de la mission globale des organismes d'action communautaire autonome est un élément clé de la présente politique. C'est un enjeu majeur pour l'autonomie et la stabilité de cette catégorie d'OC (Gouvernement du Québec, 2001 : 25). Bien plus, le gouvernement s'engage à ce que « le financement en appui à la mission globale des OC autonomes [...] constitue une portion prépondérante du financement global accordé par le gouvernement en milieu communautaire » (ibidem).

Outre le laps de temps de trois ans entre la sortie de la Politique et du Cadre de référence, d'autres raisons semblent expliquer la méconnaissance des différences entre ACA et SACA. En effet, certaines personnes sont en poste depuis peu ; pour d'autres, le dossier des OC ne représente qu'une infime partie de leurs tâches ; enfin, cette distinction entre action communautaire et action communautaire autonome ne correspond pas à la mission de tous les ministères ou de leurs types de programmes. Ainsi, bien que la majorité des personnes concernées connaissent l'existence de critères distinctifs caractérisant l'action communautaire autonome, l'exercice de différenciation entre les organismes n'est pas nécessairement effectué. Il existait trois modes de fonctionnement à cet égard :

- des ministères qui, dans leurs programmes ou dans leurs mécanismes d'accréditation, appliquaient cette distinction dans son intégralité, souvent à l'aide de grilles conçues à cet effet ;
- d'autres ministères où tous les organismes étaient considérés d'emblée comme étant issus du mouvement d'action communautaire autonome ;
- finalement, des ministères où une telle mesure de différenciation n'est pas effectuée.

La question du soutien financier occupe depuis longtemps une place importante dans les débats entre l'État et les OC. Le « financement des organismes d'action communautaire autonome est réclamé sur une base régulière, le tout dans le respect de leur autonomie » (Comité aviseur de l'action communautaire : 2004) « Le financement est appui à la mission globale des OC autonomes [...] constituera une portion prépondérante du financement global accordé par le gouvernement au financement de la mission globale des organismes d'action communautaire autonome est un élément clé de la présente politique » (Gouvernement du Québec, 2001 : 25-26). Toutefois la parution du cadre de référence vient nuancer ces propos :

Le mode de soutien en appui à la mission globale traduit plus spécifiquement la réalité des organismes d'action communautaire autonome en ce qu'il permet d'apprécier la globalité de leur mission et de leur approche, mission qui a été définie par les membres de l'organisme. Dans cette optique, ce mode de soutien financier s'adresse en priorité aux organismes de cette catégorie. Toutefois, certains organismes, non associés au mouvement d'action communautaire autonome, recevaient du soutien en appui à leur mission en raison de la nature alternative de leurs services. La reconnaissance de l'action de ces organismes impose que ce mode de soutien financier leur reste accessible, tout comme il doit l'être aux autres OC dont l'action ne s'inscrit pas en complémentarité directe à l'offre de services publics » (Gouvernement du Québec, 2004b : 16).

La question d'un financement de la mission globale « prépondérant » pour les OC autonomes ne semble pas soulever beaucoup de débats au niveau étatique. En fait, cette question semble davantage entraîner de l'incompréhension chez les acteurs gouvernementaux qui voient un paradoxe entre le devoir qu'aurait l'État de soutenir financièrement les OC et le droit pour les organismes de conserver pleinement leur autonomie et l'autodétermination de leur mission. Alors que certains indiquent que les organismes se doivent de rendre compte au gouvernement de l'utilisation des deniers publics, d'autres s'interrogent sur la notion d'autonomie mise de l'avant par le mouvement où l'autonomie financière s'oppose à l'autonomie d'action.

Avant l'existence de la Politique, rappelons que les modes de soutien financier aux groupes communautaires étaient extrêmement variables d'un ministère à l'autre. Cette acceptation de « soutien à la mission globale » retrouvée dans la politique était ainsi inexistante dans certains ministères. Il a fallu les convaincre que le financement qu'ils allouaient aux organismes sous une autre appellation correspondait en fait au financement en mission globale tel que défini par la Politique. Si certains ministères ont bien voulu le reconnaître et ont accepté, le cas échéant, que ces

montants soient transférés vers d'autres ministères dans le cadre de la consolidation du financement, quelques-uns ont refusé de concéder ces sommes comme étant du soutien à la mission globale. Ils continuent par exemple de les considérer comme du financement par projet, mais qui s'apparente à un financement récurrent. Quelques exemples de financement sont listés comme suit.

Financement de soutien global

La majorité des ministères ont un programme de soutien en mission globale pour les OC. Quelques programmes financent exclusivement les organismes issus du mouvement d'action communautaire commune. La plupart des autres ministères financent, dans le cadre d'un programme unique, les OC sans effectuer de distinction entre l'action communautaire et l'action communautaire commune.

Ententes de services

Quelques ministères financent les organismes principalement par des ententes de services, comme les ministères de la Justice, de la Sécurité publique, de l'Emploi et de la Solidarité sociale, de l'Immigration, ainsi que le Secrétariat à la jeunesse. Il semble que les montants alloués selon ce mode de financement soient importants. Les acteurs ministériels interrogés expliquent qu'une partie des sommes allouées sert à financer une portion du budget des organisations dédiée au fonctionnement de l'organisme.

Projets ponctuels

Quelques ministères offrent, en plus du soutien à la mission globale, une petite somme d'argent pour financer des projets ponctuels qui s'adressent soit exclusivement aux OC, soit à tous types d'organisation. Par ailleurs, de rares ministères financent exclusivement des projets ponctuels des OC et, dans certains cas, ce financement est quasi-récurrent.

Près de dix ans après l'adoption de la Politique, les pratiques de financement demeurent très variables d'un ministère à l'autre. Bien que le financement en appui à la mission globale ait légèrement progressé au cours des années, les ententes de services continuent de constituer une partie importante des structures de financement ; dans certains ministères, cette pratique ne semble d'ailleurs pas en voie de changer puisqu'on considère que c'est ce type de financement qui correspond le mieux à la mission du ministère.

Mais tous les OC n'ont pas comme bailleurs de fonds le gouvernement et bien que certains acteurs du secteur des OC jouissent d'un apport économique considérable, comme mentionné précédemment, bon nombre d'organismes font néanmoins face à d'importants défis sur le plan des moyens financiers. Les organismes sont financés soit par le gouvernement, soit par l'apport de dons de divers organismes ou de particuliers, soit par des collectes de fonds ou simplement par des cotisations des membres – si on fait référence à de nombreuses associations. La survie de ces organismes dépend de l'apport financier qu'ils réussissent à obtenir, ainsi il n'est pas rare que les organismes déploient plus d'énergie à trouver des sources de financement qu'à rendre les services. D'ailleurs, selon l'ENONB de 2005, presque la moitié des quelque 161 000 OC et bénévoles du Canada éprouvent des difficultés à obtenir le financement dont ils ont besoin pour remplir leur mission.

Plus précisément, 48 % des organismes disent qu'ils éprouvent des difficultés à obtenir du financement auprès d'autres organismes dont les gouvernements et 20 % affirment qu'il s'agit d'un problème grave. La même proportion d'organismes dit avoir de la difficulté à obtenir des fonds auprès des particuliers bien que 13 % seulement affirment que le problème est grave. Enfin, 42 % des organismes disent qu'ils ont de la difficulté à gagner un revenu (11 % affirment que le problème est grave) (figure II.2).

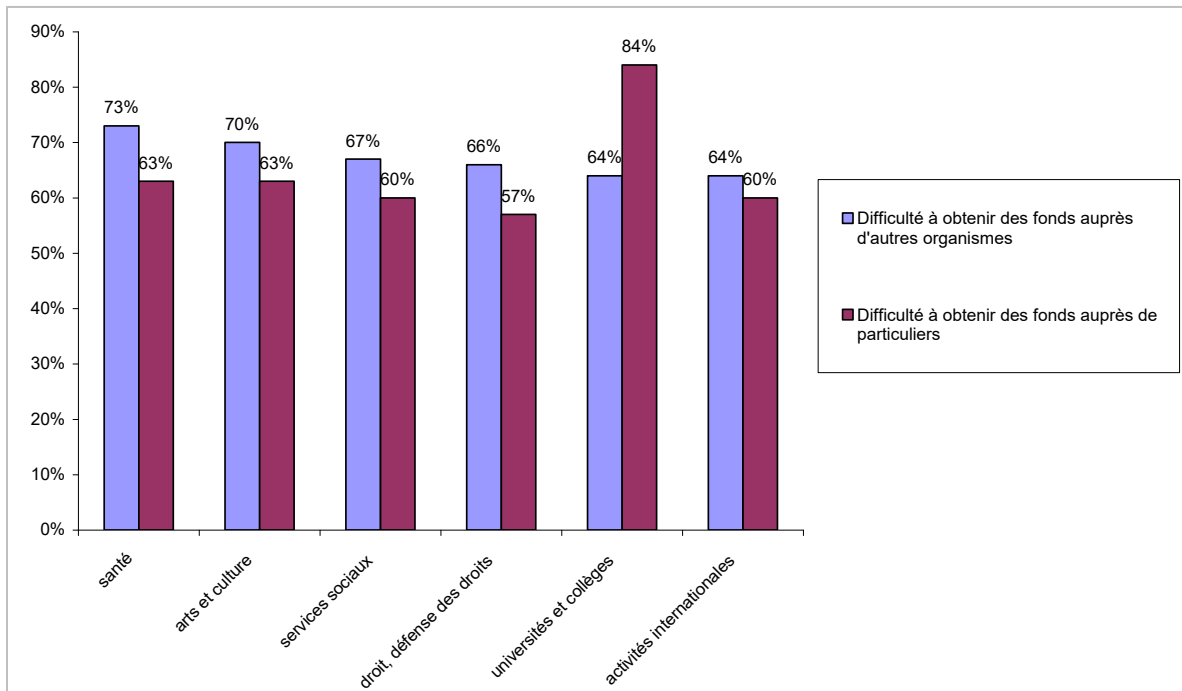


Figure II. 2. Pourcentage du nombre d'organismes signalant des défis d'ordre financier en fonction du domaine d'activités (Source, ENONB, 2005)

La figure II.2 montre que dans la plupart des domaines d'activités, plus de la moitié des organismes indiquent avoir de la difficulté à obtenir des fonds auprès d'autres organismes. Les organismes signalant le plus souvent ce problème sont ceux œuvrant dans les domaines de la santé (73 %), des arts et de la culture (70 %), des services sociaux (67 %) et du droit, de défense des droits et de la politique (66 %). Les organismes du domaine religieux sont les moins susceptibles d'éprouver ce problème. Plus des trois quarts des universités et collèges (84 %) éprouvent des difficultés à obtenir des fonds auprès des particuliers. Les autres domaines touchés par ce problème sont ceux de la santé (63 %), des services sociaux (60 %) et des activités internationales (60 %).

ENONB a demandé aux 39 % des organismes qui ont bénéficié de financement externe au cours des trois années précédant leur enquête de faire état des problèmes liés à ce type de financement. Plus de 65 % de ces organismes estiment que la réduction du financement public crée des problèmes pour eux et 36 % disent que le problème est grave ; 61 % déclarent que la réticence des bailleurs de fonds à financer les services de base (par exemple programmes à long terme, dépenses

administratives) entraîne des difficultés et le même pourcentage affirme que la dépendance à l'égard du financement des projets constitue un problème. Environ le quart des organismes déclare que le problème est grave. Enfin, 47 % des organismes qui reçoivent du financement externe déclarent qu'ils ont dû modifier leurs programmes pour recevoir du financement et 43 % disent qu'ils ont du mal à satisfaire aux exigences des bailleurs de fonds (principalement le gouvernement) relativement aux déclarations.

Toujours selon l'ENONB, les Canadiens sont extrêmement généreux en ce qui a trait à l'argent qu'ils donnent aux organismes communautaires ou de bienfaisance ainsi qu'au temps qu'ils leur consacrent. Néanmoins, une proportion relativement faible de la population seulement procure la majorité de l'aide. Même si de nombreux Canadiens font des dons en argent, les OC obtiennent le gros de leur soutien auprès d'un groupe relativement restreint de donateurs. L'enquête révèle que les donateurs du quartile supérieur, 21 % des Canadiens sont ceux qui ont fait des dons de 325 \$ ou plus de 2005 à aujourd'hui, ont été à l'origine de 82 % de la valeur totale des dons. Ces principaux donateurs tendent à être plus âgés, à avoir un revenu de ménage plus élevé et à être plus scolarisés. Les personnes occupées, les veufs ou les veuves ou encore les personnes qui assistent à des cérémonies religieuses chaque semaine sont également plus susceptibles de faire partie du groupe des principaux donateurs.

En outre, les OC ont compté davantage sur un groupe relativement petit de bénévoles pour obtenir une aide non rémunérée de 2005 à aujourd'hui. Les bénévoles du quartile supérieur (11 % des Canadiens) qui ont consacré 180 heures ou plus à l'action bénévole ont été à l'origine de 77 % de toutes les heures de bénévolat.

À l'échelle nationale, plus de 22 millions de Canadiens, soit 85 % de la population âgée de 18 ans ou plus ont fait des dons en argent à un organisme communautaire au cours de la période de 3 ans visée par l'enquête. Le montant des dons s'est chiffré à près de 2 milliards d'heures de bénévolat, ce qui équivaut à un million d'emplois à temps plein. En moyenne, les bénévoles ont consacré 168 heures chacun à leur implication.

En résumé, quel que soit le type d'OC, ces derniers comptent sur du financement de quelque source que ce soit, gouvernement, entreprises, particuliers, autres OC... pour pouvoir mener à bien leur mission. Même si les défis financiers varient d'un secteur d'activité à un autre, et bien que les

études démontrent la générosité du public, aucun OC ne réussit à obtenir même près du financement nécessaire. Et que dire du trou financier auquel ils feraient face n'eut été de la contribution de main d'œuvre bénévole qui les appuie.

2.4.2 Enjeux de la représentation

La représentation désigne le processus complexe par lequel les groupes de la base qui dispensent les services sont liés aux nombreux regroupements de tous les niveaux : local, régional, national (Comité aviseur, 1998) qui, eux, sont en théorie au service de leurs membres et portent leurs demandes à l'intérieur de l'appareil gouvernemental.

Depuis les années 1960, les OC ont toujours mis en place leurs propres structures de représentation. Ces structures sont multiples et variées : elles se sont constituées et ont évolué à la fois en réponse aux dynamiques internes au mouvement et aux différentes réformes et législations du gouvernement touchant le milieu communautaire. Elles prétendent couvrir tous les champs d'action du communautaire et tous les niveaux d'intervention (local, régional, national). Cependant, au moment de l'élaboration de la Politique de reconnaissance et de soutien de l'action communautaire, aucune structure unitaire n'existe qui puisse prétendre représenter légitimement « tous » les OC autonomes et encore moins « tous » les OC au sens large du terme. La seule expérience tentée par le mouvement d'action communautaire autonome se rapprochant de cette orientation est la Coalition des OC du Québec (COCQ) qui a vécu de 1985 à 1990 (Parazelli, 1994).

La constitution même du Comité aviseur introduit une nouvelle dynamique dans la représentation au sein du milieu communautaire et devient un enjeu dans la mesure où elle « réaménage » les rapports à l'État et les rapports entre les structures de représentation déjà existantes du milieu communautaire. Le Comité aviseur devient en effet un lieu de rencontre inédit entre 22 secteurs de l'action communautaire autonome rassemblant de nombreux regroupements nationaux, sectoriels et intersectoriels, même si les identités sectorielles ne correspondent pas parfaitement aux 22 instances représentées au Comité interministériel. Cette situation d'unité apparente ne s'était jamais produite auparavant et elle est une conséquence directe de la mise en place du SACA dans l'appareil gouvernemental. Mais certains y voient un « téléguidage » forcé par le gouvernement, d'autres une stratégie déployée par le mouvement d'action communautaire autonome pour participer activement et avec efficacité à l'élaboration de la politique.

En résumé, si le Comité aviseur remplit une fonction de représentation du milieu communautaire auprès de l'État, sa représentativité de l'ensemble des acteurs communautaires est toujours à (re)construire et à négocier avec des acteurs qui tiennent à conserver leur autonomie et leur liberté de positionnement face à une structure qui reste dépendante de la reconnaissance de l'État.

Par ailleurs, il ne faudrait pas oublier que les 5 000 organismes répertoriés par le SACA ne représentent pas l'ensemble du milieu communautaire au Québec : il s'agit uniquement des groupes financés par l'État québécois. Beaucoup d'organismes locaux n'entretiennent aucun lien avec l'État. Certains refusent de le faire pour des raisons d'orientations politiques et de stratégies d'action, tandis que d'autres ont d'autres sources de financement ou ne réclament pas de financement pour réaliser leur mission.

2.4.3 Enjeux de gestion

Depuis deux décennies, l'attention du public s'est portée à plusieurs reprises sur les échecs des modes de gestion d'entreprises et d'organismes. Mentionnons entre autres les cas de *United Way of America*, de la Croix-Rouge du Canada, du Centre national des arts, du Comité international olympique, de la *British Columbia Ferry Corporation* et, dernièrement, de l'UQAM (Université du Québec à Montréal), qui ont vécu une crise très médiatisée. Ces événements ont entraîné l'érosion de la confiance du public envers les OC en général et suscité une demande de plus grande transparence et de meilleure reddition des comptes publics de ce secteur.

Dans le secteur bénévole, on évoque généralement la gestion comme un processus et structures qu'une organisation met en œuvre pour diriger et gérer ses services et ses activités et programmes. On affirme depuis longtemps que de bonnes pratiques de gestion sont importantes quand on vise un bon rendement organisationnel. De plus en plus de recherches confirment cette intuition, quoique, dans la plupart des cas, elles établissent une relation de corrélation plutôt qu'une relation de cause à effet.

Il n'existe pas, à proprement parler, de contenu normatif de la gestion. La bonne gestion s'entend à la fois de l'atteinte des résultats recherchés et du fait de les atteindre de la bonne façon, c'est-à-dire de façon conforme aux valeurs normatives de la démocratie et de la justice sociale. Cela est

particulièrement important dans le secteur bénévole, où les valeurs jouent un rôle très important au moment de définir les objectifs organisationnels et le *modus operandi*.

Il y a plusieurs problèmes liés à la gestion ou au manque de gestion dans les OC, mais pour les fins de cette partie, deux problèmes considérés les plus courants minent la gestion des OC : l'absence de plans de relève et la gestion informelle.

2.4.3.1 Absence de plans de relève

Il a été établi précédemment que les OC sont composés d'individus qui se regroupent pour mettre à profit leurs compétences et leurs savoirs en vue de résoudre un problème commun. De ce fait, bon nombre d'OC qui sont mis sur pied sont de petites organisations qui existent par le rêve ou la détermination d'un petit nombre de personnes et aucun processus n'est mis en place pour assurer une relève à ces organismes dans l'éventualité où ces fondateurs décèdent ou tout simplement veulent céder la place à quelqu'un d'autre parce qu'ils ont assez donné ou simplement parce qu'ils veulent jouer un rôle de second plan. Ainsi, la réalité est que certains organismes soient voués à la dissolution par suite du décès ou au départ de leurs fondateurs parce que les bénévoles qui y œuvrent ou les employés sont satisfaits de leur implication et ne souhaitent nullement prendre la direction de ces organismes. Les petits organismes sont à risque sur cet aspect.

Le problème inverse, où les fondateurs devraient tirer leur révérence et laisser la place à d'autres, passionnés de porter le flambeau et de mener la bataille, existe aussi. Ceci permettrait, dans ces cas, un souffle nouveau et un regain de vitalité, des idées nouvelles, une implication moins essoufflée, et pourrait assurer une continuité à l'organisme. Hélas, certains individus s'accrochent à leur rêve ou au pouvoir que leur rôle leur accorde et mettent en péril la continuité de l'organisme par cet entêtement. Tout organisme devrait prévoir un plan de relève pour éviter l'une ou l'autre des situations.

2.4.3.2 Gestion informelle

Le manque de gestion ou la gestion plutôt informelle de petits organismes est une chose extrêmement commune dans les OC. Il ne faut pas oublier que les individus qui s'impliquent dans des OC y sont par passion pour la cause qu'ils défendent. Cela n'en fait pas, selon mon observation et les commentaires que nous avons reçus de collègues œuvrant au sein d'OC, des administrateurs ou des gestionnaires chevronnés. Il n'est donc pas rare que les petits organismes soient dirigés de façon informelle, ce qui ne permet pas nécessairement des véhicules de communication appropriés.

Par ailleurs, nous avons aussi eu vent de cas où les administrateurs ou fondateurs emploient, au sein de leurs organisations, des connaissances à eux, qui ont de la bonne volonté, mais qui n'ont pas nécessairement les qualifications pour le travail à effectuer. Ceci nuit à l'efficacité et ajoute au problème financier, car le travail prend plus de temps, coûte plus cher, et la roue s'enclenchant, demande plus de financement... Il importe évidemment d'avoir un gestionnaire expérimenté plutôt que quelqu'un qui a des connaissances limitées en matière de gestion, peu de documentation de base sur laquelle s'appuyer et ayant eu peu de temps à consacrer à une formation adéquate pour accomplir son rôle. La gestion informelle englobe non seulement les deux exemples que nous venons de citer, mais aussi toute l'organisation dans l'ensemble de la planification.

2.5 Fonctionnement et approches du milieu communautaire

« La notion de fonctionnement interne d'un organisme communautaire couvre tant ses structures de fonctionnement et ses modes de gestion que le rapport aux membres » (Duval *et coll.*, 2005 : 62). Au point de vue légal, la plupart des groupes communautaires sont des organismes sans but lucratif régis par la *Loi sur les compagnies* (idem : 66). Ils possèdent des instances formelles comme l'assemblée générale – qui doit se tenir au moins une fois par année –, le conseil d'administration et différents comités (idem : 67).

D'un point de vue plus pratique, l'organisation des groupes communautaires est éminemment démocratique et le pouvoir tend à s'exercer horizontalement. Les pratiques organisationnelles propres au milieu communautaire sont « façonnées par des valeurs d'équité, de justice et d'égalitarisme » (Duval *et al.*, 2005 : 62). Ces valeurs permettent la répartition égalitaire du pouvoir entre tous les intervenants du milieu. Pour ceux-ci, l'organisme est un « milieu de vie » qui possède un caractère très humain dans lequel les rapports interpersonnels peuvent être plus familiers. Le travail s'organise principalement autour d'une équipe. Que l'on soit salarié, bénévole ou usager, ces relations personnalisées sont plus propices à la participation, voire à l'engagement dans l'organisme. En ce qui concerne les fondements de l'intervention communautaire, ils se basent sur

trois principales approches : l'approche globale⁶, l'approche féministe⁷ et l'approche par l'*empowerment*⁸. Ainsi, le fonctionnement du milieu communautaire est étroitement lié aux approches et aux valeurs qui le sous-tendent.

Cette démocratisation fonctionnelle et ces valeurs n'ont cependant pas que des avantages. Un système semblable peut être générateur de stress chez les intervenants sociaux et de déception lorsque cet idéal organisationnel ne se réalise pas à la hauteur de leurs attentes. Vanier et Fortin (1996) relèvent plusieurs facteurs susceptibles de provoquer ce stress : surcharge de travail, manque de ressources, manque de personnel⁹, besoins immenses des clients, contacts fréquents, intenses et chargés d'émotion avec des personnes en difficulté¹⁰, clients quelquefois agressifs et peu motivés, absence de progrès marqué et résultats souvent intangibles, lourdeur des démarches, sentiment d'impuissance, méconnaissance de l'organisme et du travail effectué, manque de reconnaissance, horaires de travail parfois difficiles, salaires souvent bas. Comme stress supplémentaire, il faut ajouter tout ce qui découle de la difficulté du financement des OC (dans Duval *et coll.*, 2005).

Tous ces facteurs combinés « créent un contexte de travail particulièrement lourd et exigeant » (Vanier et Fortin, 1996 :201). On retrouve dans un tel contexte de travail plusieurs des causes principales de l'épuisement professionnel identifiées par Maslach et Leiter (2011). Une surcharge de travail mène souvent au surmenage. Que ce soit par un mauvais financement, les difficultés à travailler avec le facteur humain ou le sentiment d'impuissance, il y a un sentiment de perte de contrôle sur les prises de décision et les actions. Une meilleure rémunération et reconnaissance procurent une récompense insuffisante. Un manque de ressources et de personnel peut jouer sur le

⁶ Cette approche consiste à « comprendre la personne dans les multiples dimensions de sa vie, ses identités (sexe, âge, orientation sexuelle, etc.), son histoire personnelle, ses conditions de vie, ses besoins, ses relations interpersonnelles et ses liens sociaux, ses capacités, ses forces, ses ressources, etc. » (Duval *et coll.*, 2005 :35).

⁷ Dans cette approche, « l'action vise surtout à permettre aux femmes d'exprimer leurs besoins, de partager leurs difficultés au sein d'un groupe pour collectiviser leur situation et de mettre en commun leurs ressources » (Duval *et al.*, 2005, p. 36).

⁸ Cette approche « favorise l'accès à un plus grand pouvoir en permettant de mieux maîtriser sa vie et en renforçant des capacités d'agir sur un plan structurel afin de produire un changement social. Une intervention fondée [...] sur cette approche] met essentiellement l'accent sur les forces et les compétences de la personne » (Duval *et coll.*, 2005 : 38).

⁹ Les intervenants communautaires doivent être polyvalents : ce travail est « un agrégat entre une psychologue, une moraliste, une juriste, une animatrice culturelle, une agitatrice politique, une sociologue, une éducatrice et une technicienne en relation d'aide, sans pour autant s'approprier l'entièreté d'une de ces disciplines » (Ethier, 2012 :10). Mais en « réalité, il serait plus juste de parler d'"éparpillement" que de "polyvalence" » (Duval *et coll.*, 2005 :83).

¹⁰ « Les gens qui exercent ce genre de métier sont presque uniquement exposés aux côtés négatifs des individus avec qui ils traitent. Les patients ne viennent jamais parler des aspects positifs de leur vie, ils viennent discuter de leurs problèmes. » (Freudenberger, 1987 : 140).

climat de travail et créer un éclatement de la communauté. Et bien sûr, il peut devenir difficile de ne jamais entrer en conflit avec les valeurs fondamentales qui sont à la source du travail communautaire. Le milieu communautaire semble donc à haut risque pour l'épuisement professionnel.

2.5.1 Épuisement professionnel

Bien qu'on ne dispose pas de statistiques précises¹¹ – et que le sujet ait été encore peu étudié (Ethier, 2012 : 53) –, et en mettant en relation son contexte, son fonctionnement, ses approches et ses enjeux comme décrits dans la littérature, l'épuisement professionnel semble être un problème récurrent et important dans le milieu communautaire (Vanier et Fortin, 1996; Munroe, 2001 ; Ethier, 2012). Il est plus spécifique que la souffrance au travail (qui est un mal-être dans l'environnement professionnel), mais il fait partie de la problématique plus large de la santé mentale au travail. La gestion de cas a été à la base de cette réflexion. Elle consiste principalement en une stratégie de coordination de services adaptée à une personne ou à une situation en particulier. Elle est une collaboration de différents intervenants, de différentes disciplines travaillant dans un objectif commun. C'est en fait une forme d'intervention interdisciplinaire. Les bénéficiaires de ce genre d'intervention en sortent généralement gagnants, mais la littérature ne parle pas des avantages et des inconvénients du point de vue du gestionnaire. Par son approche démocratique, l'interdisciplinarité a un effet sur l'organisation du travail, mais on ne sait pas si cela peut avoir une incidence sur la santé mentale du travailleur.

L'origine historique de l'épuisement professionnel est floue. Certains auteurs en voient l'apparition dès la révolution industrielle, tandis que d'autres le perçoivent plutôt comme un phénomène des années 1980 (Munroe et Brunette, 2001). Dans les écrits scientifiques en sciences humaines, le terme « burnout » a été utilisé à partir de 1974 par Freudenberger (Bernier, 2001) « pour décrire l'état d'épuisement et de vide interne observé chez le personnel d'institutions alternatives et résultant de demandes excessives d'énergie, de force ou de ressources » (Vanier, 1999 : 12). Peu importe depuis combien de temps il existe, « tous semblent enclins à dire que le *burnout* a pris racine à la suite de transformations sociales » (Munroe et Brunette, 2001 :166).

¹¹ Notre propre démarche nous a confirmé la difficulté de trouver des statistiques fiables sur l'épuisement professionnel. Voir www.stressautravail.net/statistiques.html.

Tenter d'expliquer l'épuisement professionnel n'est pas plus facile que de connaître sa source historique. Selon Bernier (2001), on peut définir l'épuisement professionnel selon deux angles. Certains auteurs « mettent l'accent sur la nature du travail ou de la tâche pour expliquer l'apparition du phénomène » (Bernier, 2001 : 18), tandis que d'autres mettent « l'accent, non pas sur l'usure, mais sur le conflit émotionnel qui mène à la désillusion, à la lassitude et au vide intérieur » (ibid :19). Malgré ces deux approches théoriques, l'auteure nous spécifie qu'elles sont complémentaires.

Christina Maslach (1986) est tenante de la première approche. Elle décrit l'épuisement professionnel comme un syndrome d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation et de manque d'accomplissement personnel. « Le burnout est l'indice de la séparation entre ce que les gens sont et ce qu'ils doivent faire » (Maslach et Leiter, 2011 :42). Elle souligne que cette adéquation entre la personne et le poste se manifeste plus particulièrement par une *érosion* de l'engagement et des émotions. Ce genre de problématique se développe plus particulièrement chez les travailleurs qui sont en contact constant et direct avec une clientèle en difficulté (Vanier et Fortin, 1996).

Freudenberger (1987 : 30) qui fait partie des tenants de la deuxième approche écrit que la personne en burnout est « quelqu'un qui souffre de fatigue ou de frustration aiguë causée par sa dévotion à une cause, un mode de vie ou une relation qui n'a pas produit la récompense attendue ». Il ajoute qu'il y a un problème quand la personne a un niveau d'attente qui ne correspond pas à la réalité et qu'elle persiste dans sa volonté de concrétiser ces attentes utopiques. En continuant à vouloir atteindre des buts irréalisables – que ceux-ci soient fixés par nous-mêmes ou imposés par des valeurs de la société –, la personne entre dans un processus d'épuisement de ses ressources physiques et mentales.

En bref, l'épuisement professionnel serait une impossibilité d'atteindre soit les objectifs inhérents au travail, soit les idéaux qui y sont rattachés. Malgré ces deux angles d'approche différents et les multiples définitions possibles¹², certains éléments restent communs. « Toutes les définitions associent en effet l'épuisement professionnel au milieu de travail et à l'accumulation de stress. Toutes reconnaissent également que l'épuisement professionnel est une expérience psychologique interne négative [...] [qui] comporte un épuisement physiologique et psychologique et le

¹² Vanier (1999) souligne que Perlman et Hartman en recensent une trentaine dans différentes publications entre 1974 et 1980.

développement d'attitudes et de comportements négatifs envers autrui et envers soi-même » (Vanier : 12-13). Dans un souci de faire ressortir ces points communs, Munroe et Brunette (2001) définissent l'épuisement professionnel « comme une affection se manifestant par des sentiments de malaises légers ou profonds, d'ordre physique, émotionnel ou psychologique, provoqués par des facteurs sociaux, environnementaux et personnels » (Munroe et Brunette, 2001 :166). Pour formuler plus simplement, l'épuisement professionnel pourrait être décrit comme un processus dans lequel la personne s'effondre physiquement et mentalement sous la pression de son travail.

2.5.1.1 Causes de l'épuisement professionnel

Bien que les auteurs n'y fassent pas directement référence, l'épuisement professionnel est un problème de santé au travail¹³ et ses causes ne se retrouvent pas du côté de l'individu, mais plutôt du côté de l'environnement professionnel (Maslach et Leiter, 2011 : 73). Dans cette perspective, « la nature, la qualité et la dynamique des relations à l'intérieur des collectifs de travail ont une responsabilité considérable, sinon décisive, vis-à-vis des effets du travail sur la santé » (Dejours, 1995 : 2). De ce point de vue, le travail n'est pas neutre : il est soit positif, soit négatif pour la santé. Dans le cas de l'épuisement professionnel, le travail est évidemment pathogène et il devient une source de souffrances physiques et psychiques¹⁴.

Maslach et Leiter (2011) identifient six causes principales à l'épuisement professionnel :

1. Le surmenage

Si le travail devient plus intensif, qu'il faut produire plus, allonger les heures travaillées et que les tâches se complexifient, inévitablement l'efficacité, la santé et le bien-être s'en ressentent. Une plus grande charge mène à l'épuisement émotionnel, physique et créatif.

2. Le manque de contrôle

3. Il se manifeste lorsque les gens ressentent que leur autonomie de travail et leurs capacités de prise de décision et d'action sont limitées. « S'ils n'ont aucun contrôle sur les aspects

¹³ Pour Dejours (1995), la santé n'est pas une question strictement biologique : le concept requiert la contribution des sciences humaines et sociales. Pour lui, la santé est une « construction intentionnelle » qui relève « de processus relationnels » (p. 10). « C'est par la coopération avec autrui que l'on construit la santé » (p. 14). Celle-ci fait référence au concept de *normalité*, « un état réel (et non un idéal) où les maladies sont stabilisées et les souffrances sont compensées » (p. 3). Dans ce sens, la santé au travail est « intersubjective et sociale » (p. 14).

¹⁴ La souffrance psychique peut se situer dans un cadre de santé mentale au travail qui concerne les relations qu'une personne entretient avec son entourage professionnel.

www.msss.gouv.qc/sujet/prob_santé/santé_mentale/index.php?sante_mentale_au_travail.

importants de leur poste – que ce contrôle soit individuel ou partagé –, ils sont vulnérables à l'épuisement, au cynisme et à l'inefficacité inhérente au burnout » (Maslach et Leiter, 2011 : 81). *Le manque de récompense*

La rémunération est jugée inappropriée lorsque les compensations matérielles (salaire, prestige, sécurité) et les compensations intrinsèques (plaisir de travailler, acquisition de compétences, atmosphère de travail agréable) sont insuffisantes.

4. *L'éclatement de la communauté*

Les relations avec les collègues sont une dimension essentielle au travail. Pour différentes raisons (conflits et compétition entre individus ou avec la direction, manque de respect et de soutien, buts axés sur le profit, sécurité d'emploi), le climat de la communauté de travail peut se dégrader. Un climat malsain est évidemment une source de stress.

5. *L'absence d'équité*

« Quand une entreprise agit avec équité, elle estime chaque personne qui participe à sa réussite et elle montre clairement que chaque individu est important » (p. 93). La confiance, la franchise et le respect sont des éléments importants dans la motivation au travail et leur absence peut contribuer directement à l'épuisement professionnel.

6. *Les valeurs conflictuelles*

Il y a conflit lorsque, pour différentes raisons (souvent pour des considérations économiques), les entreprises font des choix « qui sont en contradiction avec leurs valeurs fondamentales et celles de leur personnel » (p. 99). Les employés peuvent ressentir cela comme une trahison et cette perception influence l'ensemble de leurs relations au travail.

Au-delà de ces causes spécifiques, les personnes qui travaillent « veulent développer leurs compétences en relevant des défis qui font appel à l'ensemble de leurs capacités et qui demandent une mobilisation totale de leur énergie physique, émotionnelle et créative » (Maslach et Leiter, 2011 : 103). Ainsi, outre l'aspect « objectif » de production du travail, il y a aussi un aspect « subjectif » d'accomplissement de soi (Dejours, 1995).

Une des principales causes de l'épuisement professionnel est en conséquence liée à cet aspect subjectif du travail, soit « la perte de l'idéal professionnel, que ce soit tant au niveau du processus que de la symptomatique » (Ethier, 2012 : 28). Comme l'auteur le souligne d'ailleurs, « le nœud

du syndrome de l'épuisement professionnel n'est pas tant que la personne a de grands idéaux professionnels, mais de son incapacité à les concrétiser » (Ethier, 2012 : 45).

2.5.1.2 Épuisement professionnel en relation avec le milieu communautaire

Légalement (loi 120, modifiant la loi sur la Santé et les Services Sociaux 1992 article 334)¹⁵ (Lachapelle 2014), un organisme communautaire est une personne morale, constituée à des fins non lucratives, qui exerce ses activités dans le domaine de la santé et des services sociaux. Mais d'un point de vue sociétal, la définition va beaucoup plus loin. Par sa tradition et ses modalités d'action, le milieu communautaire intervient principalement « sur des situations de défavorisation » (Ethier, 2012 : 4).

Comme décrit plus haut, le travail communautaire peut être défini comme une *pratique sociale* qui « consiste à intervenir dans des collectivités dans le but de susciter leur mobilisation et leur insertion dans des processus de réalisation de changements sociaux » (Doré, 1985 : 211). Cette intervention sociale est sous-tendue par une mission qui fait « office de repère ou d'étalon dans le processus mouvant de construction identitaire » (Duval *et coll.*, 2005 : 150). En fait, la mission permet d'une part d'établir les valeurs qui la guideront et les enjeux auxquels elle fera face, et d'autre part, de cibler l'action et de l'actualiser dans des situations concrètes.

Ainsi, dans sa définition même, le travail en milieu communautaire est basé sur une forte idéologie. On suppose que, si une personne œuvre dans ce domaine, elle croit en certaines valeurs qu'elle juge fondamentales. Elle aura une tendance à l'idéalisation de son travail et, « au niveau personnel, l'idéalisme est une prédisposition à l'épuisement professionnel » (Ethier, 2012 : 35). Celui-ci est d'ailleurs un « problème majeur pour les professions à vocation sociale » (Ethier, 2012 : 29). Cela fait partie des risques du métier. L'épuisement se produit quand une personne se bat pour préserver un idéal ou une contribution à la société qu'elle juge essentiel (Freudenberger, 1987). Chargé de ces grands idéaux, au lieu que « le travail joue en faveur de l'accomplissement de soi, de la construction de l'identité et de la conquête de la santé [...], il devient essentiellement pathogène » (Dejours, 1995 : 10).

¹⁵ L'article 334 précise la première définition légale de l'organisme communautaire.

Face à l'épuisement professionnel, un enjeu important des OC est de rester fidèle aux valeurs d'équité et de justice sur lesquelles reposent leurs actions (Duval *et coll.*, 2005 : 86). Cela s'avère difficile pour plusieurs raisons. Premier constat : « les demandes s'inscrivent de plus en plus dans un rapport de consommation, de satisfaction de besoins individuels » ((idem) et on doit rechercher l'efficacité des interventions. Deuxième constat : pour assurer certains services qu'il délaisse, l'État se sert de plus en plus des OC (Ethier, 2012). Troisième constat : la clientèle qui fréquente le milieu communautaire est en croissante augmentation (Duval *et coll.*, 2005).

Il faut aussi mentionner le manque de financement qui est un des facteurs principaux qui mène le personnel des OC à un épuisement professionnel. La plupart du temps, trouver des fonds signifie, pour les travailleurs en milieu communautaire, une surcharge de travail (Duval *et coll.*, 2005). Et si l'argent vient de l'État - particulièrement du financement par programmes ou par projets, qui est une somme accordée ponctuellement pour la réalisation d'une activité liée à des objectifs précis. il « accentue la logique complémentariste des organismes » (Duval *et al.*, 2005 : 125). Le financement peut ainsi beaucoup influencer le fonctionnement du milieu communautaire.

Par sa nature, par son fonctionnement ou ses enjeux, le travail en milieu communautaire est porteur en lui-même de plusieurs facteurs qui peuvent mener à un épuisement professionnel, que ce soit l'idéalisme de ses travailleurs, la démocratisation du travail, les valeurs qui le fondent ou le manque de moyens financiers. La charge de travail est souvent beaucoup trop grande et, d'ailleurs, « l'épuisement professionnel serait imputable dans une large mesure à la surcharge de travail que connaissent la plupart des organismes » (Duval *et coll.*, 2005 : 80). Dans son étude sur l'épuisement professionnel en milieu communautaire, Élie Ethier (2012) constate que « bien que la littérature sur l'épuisement professionnel propose une définition axée sur l'idéalisme professionnel [...], la réalité mentionnée par les répondantes s'analysait davantage comme une crise identitaire se manifestant par une perte de sens au niveau de leur travail » (p. 101-102). Sa conclusion est d'ailleurs intéressante pour notre propos :

L'idéal professionnel semblait être un enjeu de moindre taille que ce que nous avons anticipé ; il fut supplanté par celui de l'identité professionnelle. Toutefois, ce qui est à retenir de l'idéal professionnel est qu'il se maintient, même pendant et après le développement d'un problème de santé mentale, malgré la souffrance générée. De plus, l'idéalisation des OC ou du travail qui est effectué restent intacts au sein du discours des répondantes. En fait, la désillusion se situe

d'avantage sur des éléments qui affectent la pratique professionnelle et ses résultats. (Élie Ethier 2012 : 107)

2.5.2 L'intervention communautaire

Les organismes communautaires sont de plus en plus sollicités par un nombre grandissant de personnes démunies devant les problèmes sociaux qui les accablent. De plus, le réseau public lui-même surchargé, refile son débordement vers les organismes communautaires. Ainsi la tâche des travailleurs communautaires ne s'allège pas, au contraire elle augmente, et ce, malgré le fait que les travailleurs communautaires disent ne pas pouvoir faire davantage (Deslauriers, 2003). Les organismes communautaires sont le plus grand soutien du système public ; ils œuvrent à combler les besoins criants auxquels l'état ne peut répondre.

Par leur action volontaire de soutien à la communauté, les travailleurs communautaires offrent des services de promotion, de sensibilisation, de prévention et de défense des droits et intérêts. Ils sont les catalyseurs de cohésion sociale par leur action dans l'adaptation sociale, l'intégration sociale, la santé mentale, la santé physique et la santé publique. Les travailleurs communautaires améliorent la qualité de vie de la population en fournissant des services aux particuliers et aux familles, ils prennent en charge différents types de problèmes sociaux avec des actions axées sur des dynamiques individuelles, familiales et collectives.

En matière d'évolution de la tâche, les intervenants québécois sont confrontés, tout comme ceux des pays occidentaux, à de nouveaux défis liés aux changements causés par la nouvelle économie, la globalisation et la libre circulation des personnes. L'exclusion sociale et la propagation de la pauvreté sont en augmentation dans des sociétés censées vivre dans la prospérité. Les travailleurs communautaires font face à de nouveaux problèmes comme le chômage, l'itinérance, l'exclusion, la perte de socialisation, la discrimination et la dépendance, ce qui apporte son lot de nouveaux champs et modes d'intervention.

2.5.2.1 Différentes approches en matière d'intervention en toxicomanie

L'intervention communautaire constitue une intervention directe, où la relation avec la clientèle se veut personnelle et chaleureuse, centrée sur les besoins de la personne et la réponse à ses besoins

en fonction de la mission de l'organisme. Différentes approches guident l'intervention en toxicomanie et influencent la façon dont le service est reçu par les utilisateurs. L'interdisciplinarité joue un rôle majeur dans ce contexte.

Trois principales approches en matière d'intervention en toxicomanie ont été répertoriées : l'approche biopsychosociale, l'approche de réduction des méfaits et l'approche écologique.

L'approche biopsychosociale réfère au développement biologique, psychologique et social de la personne toxicomane à travers l'offre de services divers. La dimension biologique offre des programmes d'intervention curative et préventive en matière de santé dans le but de restaurer les fonctions biologiques des personnes toxicomanes. Quant à la dimension psychologique, elle cherche à agir sur des facteurs comme la personnalité, les troubles de santé mentale, etc., pour traiter la dépendance. Enfin, la dimension sociale s'intéresse à la réorganisation des rapports de l'individu avec son environnement (famille, travail, loisir, etc.).

L'approche de réduction des méfaits a pour objectif de réduire les risques ou les méfaits (SIDA, accidents de la route, etc.) liés à la consommation abusive de substances psychotropes. Elle ne cherche pas à réduire la consommation elle-même. Comme exemple d'intervention en toxicomanie lié à cette approche, nous pouvons citer les programmes d'échange de seringues et l'opération « Nez rouge ».

L'approche écologique met l'accent sur les processus dynamiques, l'adaptation à l'environnement et le développement de l'*empowerment* (Cormier, 2002). Elle intègre à la fois les approches biopsychosociales et l'approche de réduction des méfaits. Il s'agit ici de s'intéresser à l'harmonisation entre le toxicomane et son environnement (individuel, familial et social). Sur le plan individuel, les intervenants aident l'individu à développer des compétences favorisant une meilleure adaptation et un contrôle de son environnement. Sur le plan familial, l'approche privilégie la création d'un contexte favorable au changement. Enfin, sur le plan social, l'approche préconise d'agir en collaboration avec les milieux de vie (comme le milieu de travail) pour réduire la prévalence de la dépendance et les risques associés à ces milieux (Cormier, 2003).

En somme, l'approche biopsychosociale, l'approche de réduction des méfaits et l'approche écologique permettent de comprendre qu'au Québec ce sont d'abord les professionnels de la santé (médecins, psychologues, etc.) qui ont élaboré un savoir et des modèles d'intervention en matière de toxicomanie. Quant à la spécificité du travail social dans la réadaptation de la toxicomanie, elle

demeure peu documentée. Cependant, plusieurs études ont montré que les travailleurs sociaux représentent la plus grande catégorie de professionnels dans les services spécialisés dans le traitement de la toxicomanie. Il est donc pertinent pour le service social d'élaborer un corpus théorique de connaissances dans le domaine de la toxicomanie. Dans l'intervention auprès des personnes toxicomanes, le travailleur social doit posséder différents niveaux de compétences disciplinaires. L'approche écologique de la réadaptation en toxicomanie s'avère ici utile. En effet, « le modèle écologique observe la personne dans sa situation de vie et dans la dynamique d'interaction et de transactions avec l'ensemble de son milieu de vie » (Gagnon, 1992 : 10). C'est cette approche que nous retenons pour cette recherche, dans un cadre où l'interdisciplinarité façonne les actions multiples et diverses.

2.6 Interdisciplinarité

2.6.1 Définitions et rôle

Vouloir comprendre la notion d'interdisciplinarité peut s'avérer complexe. Edgar Morin (1994) parle d'un terme polysémique et flou. Dans les publications sur le sujet depuis 1960, la constante qui apparaît est une « mésentente persistante en ce qui concerne la définition du terme même d'interdisciplinarité et des expressions qui lui sont connexes » (Mathurin, 2002 : 8). Au-delà des disputes intellectuelles, les définitions se sont construites selon une certaine polarité (Mathurin, 2002).

La notion d'interdisciplinarité semble plus qu'une « manière d'animer l'équipe multidisciplinaire » ou « l'être ensemble d'une équipe » (Hébert, 2000 : 268). Dans sa recension exhaustive des écrits sur le débat touchant l'interdisciplinarité, Mathurin (2002) départage les théories sur le sujet selon un pôle praxéologique ou social, et un pôle épistémologique. Les penseurs du point de vue praxéologique « pose[nt] l'interdisciplinarité comme la nécessaire rencontre pratique d'activités professionnelles en vue de solutionner les problèmes tels qu'ils se présentent aux praticiens » (Couturier, 2004 : 163). Ceux qui adoptent le point de vue épistémologique considèrent « que l'interdisciplinarité est scientifiquement nécessaire en cette *épistémè* de la complexité pour produire une connaissance globale, à l'encontre de l'analytique infinie de la partie » (Couturier, 2004 : 163).

Peu importe le pôle, l'approche interdisciplinaire « nécessite une problématique commune, [...] une cohabitation de diverses disciplines afin de résoudre un problème d'une complexité telle qu'une discipline seule ne parviendrait pas à un résultat satisfaisant » (Develay, 2009 : 63). Lemay (2011 : 32) ajoute qu'elle « force à conjoindre ce que la disciplinarité enseigne à disjoindre : elle est pensée conjonctive ». L'interdisciplinarité dépasse le simple partage ou la juxtaposition des compétences et elle nécessite une collaboration entre des champs différents dans un but commun. Ainsi, « tant pour des raisons épistémologiques que pragmatiques, il *importe* de travailler ensemble, pour un *mieux* tout aussi indéniable que nécessaire » (Couturier, 2004 :163).

Si l'on veut esquisser une synthèse, la définition d'interdisciplinarité tourne autour de deux notions clés (Morin, 1994) : la coopération (ou l'articulation) et l'objet (ou le projet) commun. Ainsi, dans une approche interdisciplinaire, différents champs d'expertise sont sollicités pour *travailler ensemble*, pour articuler les pensées et les actions dans un objectif commun. On pourrait alors définir l'interdisciplinarité, de façon très générale, comme l'investissement mutuel de deux ou plusieurs disciplines pour penser (pôle épistémologique) ou agir (pôle praxéologique) sur une problématique complexe et commune.

Le milieu communautaire s'inscrivant dans un cadre d'action sociale, une définition plus praxéologique de l'approche interdisciplinaire s'inscrit tout à fait dans notre propos (Réseau des services en déficience intellectuelle, 2000 :5) : l'interdisciplinarité met « en relation d'échange et de travail des personnes dont la formation professionnelle est différente en vue d'offrir une complémentarité suffisante pour bien desservir une clientèle à problèmes multiples ».

Pour fonctionner, l'approche interdisciplinaire exige le « dialogue et [l'] échange de connaissances, d'analyses, de méthodes entre des disciplines » (Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2010 :13). Formulée autrement, « l'interdisciplinarité vise à surmonter les frontières disciplinaires pour chercher les synergies entre les savoirs à partir de situations problèmes ou de projets » (Develay, 2009 : 56). Un travail interdisciplinaire est aussi un processus dans lequel on développe une capacité d'analyse et de synthèse à partir des perspectives de plusieurs disciplines. Son objectif est de traiter une problématique dans son ensemble, en identifiant et en intégrant toutes les relations entre les différents éléments impliqués. Elle tente de synthétiser et de relier le savoir disciplinaire et de le replacer dans un cadre systémique plus large. L'interdisciplinarité peut

également se concevoir de différentes façons, selon les domaines institutionnels ou professionnels dans lesquels on intervient : le savoir, la recherche, l'éducation et la théorie (Nissani, 1995).

Il faut noter en plus la distinction entre pluridisciplinarité, interdisciplinarité et transdisciplinarité qui ne va pas de soi. Les deux dernières catégories sont parfois utilisées de manière interchangeable.

2.6.2 Mode de fonctionnement de l'interdisciplinarité

Le dialogue et l'échange, méthodologique que des connaissances, sont le principal mode de fonctionnement de l'approche interdisciplinaire. Formulée autrement, « l'interdisciplinarité vise à surmonter les frontières disciplinaires pour chercher les synergies entre les savoirs à partir de situations problèmes ou de projets » (Delevay, 2009 : 56). S'engager dans l'interdisciplinarité implique donc d'accepter la différence et de s'en servir comme source de motivation. Ainsi, dans un travail interdisciplinaire, les concepts circulent et migrent, ils se métamorphosent : de nouvelles connaissances et de nouvelles pratiques se forment indépendamment des disciplines impliquées dans le processus (Morin, 1994). Il y a construction d'une « nouvelle identité savante » (Lemay, 2011 : 44). La participation à une approche interdisciplinaire implique donc une dimension de co-transformation des parties prenantes.

Cette modalité globale est cependant insuffisante pour être efficace. Que l'on parle de « conditions importantes » (O'Reilly, Taillefer et Hudson, 2006) ou bien de « critères et prérequis » (Réseau des services en déficience intellectuelle, 2000), il faut certaines dispositions pour pratiquer l'approche interdisciplinaire. Selon l'objet¹⁶ ou le projet, il faut d'abord établir la pertinence d'utiliser cette approche et ensuite constituer un groupe, une équipe pour y travailler et prendre la responsabilité commune. Le nombre d'intervenants au projet doit être limité et les rôles et les compétences de chacun doivent être compris, reconnus et respectés dans une dynamique de flexibilité. Des mécanismes de communication – que ce soit pour permettre l'établissement des liens interpersonnels entre ses membres ou l'ouverture à aborder les difficultés relationnelles, le vocabulaire commun pour le partage des connaissances ou la planification du temps – et de prise

¹⁶ L'objet peut bien sûr être une personne, que ce soit un client ou un patient.

de décision doivent être mis en place. Tous ces aspects doivent être fréquemment réévalués en cours de processus.

L'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (2010) résume bien le mode de fonctionnement du modèle interdisciplinaire : il est centré sur le client, l'apprentissage et l'autonomisation; il donne une définition collective des problèmes et valorise la contribution de chaque discipline ; son mode de communication est « horizontal ». Le milieu communautaire centre également son intervention sur la personne et sur une communication démocratique. Mais une collaboration interdisciplinaire n'est pas toujours possible à cause de son manque de ressources (humaine et financière) qui alourdit la tâche des travailleurs communautaires. L'interdisciplinarité pourrait-elle être une approche complémentaire à ce qui se fait déjà dans le milieu communautaire ?

Le degré d'interdisciplinarité dans la recherche comme dans l'action peut être très variable. Certains critères peuvent aider à le caractériser (Nissani, 1995) :

- le nombre de disciplines impliquées,
- le degré de similarité entre les disciplines (la sociologie est plus proche de l'économie qu'elle ne l'est des statistiques par exemple),
- la nouveauté et la créativité impliquées dans l'association des disciplines,
- leur degré d'intégration.

2.6.3 Quelques réflexions liées au travail en équipe multidisciplinaire

L'interdisciplinarité peut évoluer au cours du temps. Ce que certains appellent aujourd'hui un travail interdisciplinaire est plutôt une approche multidisciplinaire qui peut mener à une intégration complète et créer une nouvelle discipline. Cette nouvelle discipline peut constituer en soi un nouveau champ d'étude scientifique, avec ses propres concepts et méthodes et ses propres experts, conférences, journaux, sociétés professionnelles, départements et cours universitaires.

Il y a certes plusieurs avantages à cette approche multidisciplinaire. D'abord, elle permet la détermination, la compréhension et l'acceptation d'un but commun. On accepte l'hypothèse implicite que l'effort combiné sur un même objet (ou sujet) est plus efficace que le cloisonnement disciplinaire : l'autonomie de chacun est subordonnée aux besoins du client ou de l'objectif et

chaque discipline est intégrée selon sa contribution potentielle. Le style de gestion et le processus de prise de décision sont plus démocratiques. Tout ce travail facilite finalement la mise en place d'une action intégrée.

Il existe toutefois quelques inconvénients. Il peut y avoir une compétition entre les membres et les disciplines qui peut freiner l'efficacité du processus. Il existe également des difficultés inhérentes au milieu de travail, que ce soient les conventions collectives ou les règles et procédures d'un établissement. Il peut s'avérer impossible de réunir tous les intervenants requis. Le manque de ressources est aussi possible. On peut finalement souligner certaines limites (Réseau des services en déficience intellectuelle, 2000) comme le champ d'application (tout ne peut pas se faire en équipe), la dilution possible de la responsabilité professionnelle et le respect du client. Dans un réel contexte interdisciplinaire cependant, Delevay (2009), relève trois sources de difficultés : d'ordre institutionnel (problèmes pour travailler en équipe), d'ordre identitaire (menace à l'identité professionnelle) et d'ordre épistémologique (une trop grande différence dans la vision du monde).

2.6.4 Interdisciplinarité et recherche

L'interdisciplinarité peut aussi être comprise comme l'association d'éléments de plusieurs disciplines afin d'étudier ou de produire un nouveau savoir. Comment les spécialistes de plusieurs disciplines communiquent-ils ? Quels bénéfices peut-on tirer de l'interaction entre les concepts issus de différentes disciplines ?

La plupart des chercheurs et des développeurs sont formés à une seule discipline (agronomie, économie, sociologie, géographie, etc.). Cependant, certains problèmes échappent au domaine d'une seule discipline. Ce sont souvent des problèmes complexes, inhérents à des sujets d'étude tels que l'environnement, la production agricole et la santé. Ils ne peuvent être étudiés et résolus que grâce à la collaboration entre des compétences propres à plusieurs disciplines. Grâce à l'interdisciplinarité, cette collaboration permet une meilleure compréhension des problèmes, ainsi qu'une meilleure compréhension des autres disciplines et de la sienne. Ainsi, le rôle de la recherche ne se cantonne plus à l'amélioration de la productivité : elle doit aussi prendre en compte les données sociales, économiques et environnementales. Les points de vue divergent et s'affrontent, même sur ce qui est attendu des tenants des diverses disciplines, des institutions et des groupes d'intérêt.

Une situation complexe nécessite de la part des chercheurs qu'ils aient une vision globale du contexte, c'est-à-dire de considérer tous les facteurs impliqués dans le problème qu'ils traitent, aussi bien que d'insérer ce problème dans un cadre plus large. Chaque discipline peut contribuer à la compréhension de cette complexité. L'interdisciplinarité présente à cet égard deux avantages:

- **la complémentarité** : puisqu'aucune discipline ne peut tout expliquer à elle seule, les contributions de plusieurs d'entre elles apportent un meilleur éclairage.
- **la créativité** : les interactions entre disciplines remettent en question les opinions des membres d'une équipe et les mettent dans l'obligation de produire des explications plus originales et des innovations méthodologiques.

La capacité pour les chercheurs d'avoir une image d'ensemble, les aidant à développer une compréhension élargie, leur permet d'adapter leurs propres méthodes de recherche, leurs concepts et leurs compétences à des problématiques plus larges. Dès lors, ils peuvent poser un regard nouveau sur les limites et les biais de leur propre discipline et acquérir un savoir plus vaste. Prendre de la distance avec ses méthodes et les comparer avec d'autres permet de mieux comprendre sa propre discipline.

Le travail interdisciplinaire ne signifie pas la participation de chaque membre de l'équipe à toutes les activités. C'est une erreur commune aux équipes peu expérimentées, un peu comme les enfants qui, apprenant à jouer au football, courent tous ensemble après la balle, au lieu d'occuper l'espace et de créer des occasions. Il est vital au sein d'une équipe efficace d'identifier les contributions de chaque discipline, les compétences individuelles et, par conséquent, de programmer et de répartir les tâches.

2.6.5 Interdisciplinarité - le choix d'une intervention en toxicomanie

Afin de parvenir à cerner l'optique de la recherche proposée, il semble essentiel de jumeler les disciplines de la psychologie, de la sociologie, ainsi que les aspects économiques et légaux des phénomènes à l'étude. Les manifestations tangibles de la précarité, de la toxicomanie et du vieillissement relèvent de processus dynamiques et multidimensionnels, pour lesquels la mise en place d'approches globales tient compte de toutes les sphères de la vie de la personne. Ceci se manifeste de manière tant physique que sociale et demande du suivi en dehors des lieux de

traitement. La concertation semble donc indispensable pour augmenter l'efficacité de l'observation des phénomènes, de leur étude et des actions recommandées au terme de la thèse.

L'abus de drogues étant un phénomène humain, il ne faut pas y faire face de la même façon qu'on affronte d'autres phénomènes ; [...] nous sommes confrontés à une épidémie qui porte atteinte au corps social et pas uniquement au corps physique de l'individu. La complexité du phénomène exige des réponses intégrant plusieurs disciplines de la connaissance humaine par une analyse transversale des pratiques ayant pour finalité le développement humain » (Calvacanti, 1994 : 1).

La pauvreté et la toxicomanie sont fréquemment associées dans le domaine de la recherche en sciences sociales. Le lien qui unit n'est pas de l'ordre de la nécessité : un toxicomane ne vit pas obligatoirement dans la pauvreté et une personne pauvre n'est pas immanquablement un toxicomane. Les liens possibles entre la pauvreté et la toxicomanie peuvent dépendre de la manière de poser la question de recherche et de l'approche utilisée pour y répondre. Une approche interdisciplinaire semble nécessaire afin de procéder à une analyse intégrée de ces phénomènes. La pauvreté et la toxicomanie apparaissent d'emblée comme un champ extrêmement vaste s'articulant autour d'un grand nombre de discours, issus de perspectives diverses. Il semble ainsi nécessaire, pour tout intervenant dans ce milieu complexe, d'agir en cohésion avec une équipe mettant en jeu des savoirs différents et spécifiques, tant dans le champ de la psychologie que de la sociologie, du droit de la médecine, du travail social, etc.

En effet, les problématiques de toxicomanie et de pauvreté ne peuvent être résumées et unifiées au sein d'une seule discipline, d'un seul point de vue. Seule une collaboration étroite entre les différents spécialistes intervenant sur la scène de la toxicomanie ou de la pauvreté peut constituer un cadre propice à l'amélioration de la situation des usagers de drogues ou des personnes vivant dans la pauvreté. Il est d'ailleurs possible de constater que, dans un certain nombre de cas, c'est une demande concrète de réinsertion économique et sociale qui émerge dans un premier temps chez une population en grande précarité, une volonté de s'en sortir qui précède et introduit la possibilité, dans un second temps, d'une demande d'aide, d'un désir de mise en sens de sa propre histoire. Il ne s'agit donc pas ici d'établir la primauté d'une discipline sur une autre ou une hiérarchisation des différents savoirs sur la toxicomanie ou la pauvreté, mais au contraire de souligner la nécessaire interdisciplinarité de ce champ.

Les disciplines intervenant dans ces phénomènes sociaux interagissent les unes avec les autres et l'amélioration d'une situation d'ordre social peut favoriser l'émergence d'une parole libérée de certaines contraintes extérieures. Freud soulignait d'ailleurs « l'importance, pour l'analyste, de tenir compte des événements réels de la vie des patients, afin de ne pas perdre le contact avec la réalité ». (Morin, 1994 :2)

Plus encore : s'engager dans l'interdisciplinarité, « c'est accepter la différence et même la rechercher pour s'en nourrir » (Morin, 1994 :2). Ainsi, dans un travail interdisciplinaire, les concepts circulent et migrent, ils se métamorphosent : de nouvelles connaissances et de nouvelles pratiques se forment indépendamment des disciplines impliquées dans le processus (Morin, 1994).

2.6.6 Interdisciplinarité et valeurs communautaires

Les valeurs de justice sociale, d'équité et d'égalité, fondatrices du milieu communautaire, peuvent-elles être soutenues par l'approche interdisciplinaire ? Pourrait-on ainsi contribuer à diminuer les désillusions dans l'atteinte d'un idéal ?

L'approche interdisciplinaire est hautement démocratique et elle complète assez bien les valeurs du milieu communautaire. L'acceptation d'un but commun peut faciliter la gestion équitable et juste d'une action intégrée. Le couplage des deux permet un renforcement de cette approche démocratique. Ce modèle est cependant idéal et les situations de travail quant à elle ne le sont pas. Le manque de ressource et les inévitables conflits interpersonnels peuvent miner n'importe quelle approche de collaboration et l'interdisciplinarité n'y échappe pas.

2.6.7 Interdisciplinarité et épuisement professionnel

Pour intervenir auprès de clientèles stigmatisées, il faut une motivation profonde d'apporter du réconfort aux autres et faire preuve d'altruisme. Par les multiples enjeux auxquels font face les OC, force est de constater que les intervenants n'ont pas nécessairement à portée de main tous les moyens pour exercer correctement leur travail dans le respect des personnes. Par conséquent, le combat quotidien génère une insatisfaction, une fatigue et une perte du sens du travail chez bon nombre d'intervenants du milieu. Comme dans toute sphère du travail, le milieu communautaire n'échappe pas à la croissance de l'épuisement professionnel.

Dans la mesure où cette recherche traite de l'intervention des intervenants des OC auprès d'une population marginalisée, et qu'est abordé l'aspect de l'interdisciplinarité dans les pratiques d'intervention, il apparaît pertinent d'insérer celle-ci comme facteur de protection face à l'épuisement professionnel dans le milieu communautaire.

Dans quelle mesure l'approche interdisciplinaire peut-elle avoir une influence sur les causes de l'épuisement professionnel ? A-t-elle la possibilité de les diminuer ou de les effacer ? À partir de Maslach et Leiter (2011). À partir de ce qui a été vu jusqu'à présent examinons une à une les causes de l'épuisement professionnel précédemment énoncées.

1. Le surmenage

De notre point de vue, une approche interdisciplinaire peut permettre d'éviter le surmenage. Rappelons-nous d'ailleurs qu'on impute à celui-ci une large part de l'épuisement professionnel (Duval *et coll.*, 2005). Dans le traitement des situations complexes comme celles auxquelles fait face le milieu communautaire, la coopération interdisciplinaire peut être une solution, principalement pour une question d'organisation du travail. Elle divise la tâche : ainsi, chaque discipline n'a à porter ni l'entièreté de la problématique ni la globalité de sa résolution. Le travail de chacun s'en trouve moins lourd dans son accomplissement, mais plus ciblé dans sa réalisation. Cela rend l'intervention générale plus efficace. Cette approche pourrait s'avérer une solution à l'excessive « polyvalence » des intervenants communautaires. Ceux-ci n'auraient pas à porter tous les chapeaux et l'érosion physique et psychique s'en trouverait diminuée.

2. Le manque de contrôle

Il existe un grand manque de contrôle sur les prises de décision et les actions dans le milieu communautaire, que ce soit à cause du manque de ressources humaines ou financières, des difficultés inhérentes au travail avec les sujets humains ou des situations auxquelles les intervenants sont confrontés. Ceux qui y œuvrent sont souvent habités par un fort sentiment d'impuissance, une incapacité d'agir causée par ces circonstances incontrôlables. Bien que l'approche interdisciplinaire permette un partage des décisions et des responsabilités ainsi qu'une efficacité des actions, elle ne peut cependant pas améliorer l'état financier d'un organisme (à moins d'intégrer dans l'équipe un spécialiste d'une discipline économique) ni prévoir les réactions des gens ou anticiper les événements. La nature même du travail communautaire implique ce côté incontrôlable auquel l'interdisciplinarité est peu utile.

3. Le manque de récompense

Au plan salarial, le milieu communautaire opère souvent selon un faible taux de rémunération pour un travail énorme. Au point de vue de la reconnaissance, la situation est la même. L'approche interdisciplinaire ne peut rien sur les salaires. Cependant, elle peut jouer sur les compensations intrinsèques comme le plaisir de travailler, la collectivisation de la charge de travail, la responsabilité à l'égard de la mission de l'organisation et l'acquisition de compétences et de connaissances. En partageant la responsabilité d'un projet, toute valorisation qui en résulte retombe sur chacun en particulier : la récompense du groupe est celle de tous. Il y a dans l'interdisciplinarité une dimension de co-transformation qui bénéficie à chacun.

4. L'éclatement de la communauté

Un travail interdisciplinaire mal géré peut augmenter les risques de conflits de travail, le surmenage et déclencher un processus d'épuisement. Mais bien géré, il peut contribuer à pallier le manque de ressources et de personnel qui est une constante dans le milieu communautaire. En proposant un but commun pour tous, l'approche interdisciplinaire peut créer des liens importants pour un travail d'équipe qui est, à plusieurs points de vue, un avantage pour éviter le surmenage. Cette création d'un collectif de travail peut même s'avérer un facteur de protection contre l'épuisement professionnel. Cependant, dans les situations réelles, les équipes idéales sont rares.

5. L'absence d'équité

Pour l'équité au travail, il faut permettre « l'existence de trois éléments clés : la confiance, la franchise et le respect » (Maslach et Leiter, 2011 :93). Souvenons-nous que les pratiques dans le milieu communautaire se basent sur des valeurs d'équité, de justice et d'égalitarisme. Ce point est fondamental dans l'approche du milieu communautaire. Il l'est également dans l'approche interdisciplinaire. En ce sens, on ne vient que renforcer quelque chose de déjà présent.

6. Les valeurs conflictuelles

Est-il possible de ne jamais entrer en conflit avec les valeurs fondamentales qui sont à la source du travail communautaire ? Que ce soit par recherche d'efficacité due à la hausse de clientèle, par substitution des institutions de l'État ou à cause de la logique de consommation et de l'individualisme, les travailleurs communautaires doivent souvent remettre leurs valeurs et leurs motivations en question. L'approche interdisciplinaire est-elle une solution possible à ce conflit de

valeurs ? Pourrait-on ainsi contribuer à diminuer les désillusions dans l'atteinte d'un idéal ? L'approche interdisciplinaire, comme nous l'avons vu, est hautement démocratique et elle complète assez bien les valeurs du milieu communautaire. L'acceptation d'un but commun facilite la gestion équitable et juste d'une action intégrée. Le couplage des deux permet un renforcement de cette approche démocratique. Cependant, le manque de ressources et les inévitables conflits interpersonnels peuvent miner n'importe quelle approche de collaboration telle que l'interdisciplinarité. Et les désillusions peuvent être nombreuses face à l'incapacité de rendre ces idéaux professionnels concrets, ce qui peut mener à l'épuisement professionnel.

2.6.8 Interdisciplinarité comme facteur de protection

Les intervenantes qui ont été interrogées par Ethier (2012) proposent plusieurs solutions pour prévenir les problèmes de santé mentale liés au travail. « En ce qui concerne les solutions intra organisationnelles, elles se résument essentiellement à favoriser une forme de cohésion professionnelle ou du soutien social de l'équipe » (Élie Ethier, 2012, p. 78). En ce sens, l'approche interdisciplinaire améliorerait vraisemblablement l'organisation des équipes en milieu communautaire. Dans une récente étude effectuée dans le domaine de la santé, Estry-Behar *et coll.* (2012) arrivent à la conclusion que le travail en équipe interdisciplinaire diminue le risque d'épuisement professionnel et que ce travail d'équipe limite les erreurs dans les soins. L'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (2010 :12) constate sensiblement la même chose :

L'interdisciplinarité améliore les soins et les résultats obtenus tant au plan clinique que financier. Elle a une incidence favorable sur la sélection et la rétention du personnel ainsi que sur la satisfaction des usagers. On constate également une amélioration de l'accessibilité, de la qualité des services (accessibilité aux médecins spécialistes et autres disciplines, coordination des soins, autonomisation des patients), de la sécurité des patients (moins de risque d'erreurs médicales en groupe qu'en individuel), de l'efficacité des actions et de la gestion des ressources humaines et financières.

Que ce soit par souci d'organisation ou d'efficacité au travail, une des conséquences directes de l'interdisciplinarité serait la diminution de la surcharge de travail, laquelle est souvent pointée comme la principale source de l'épuisement professionnel en milieu communautaire (Duval *et coll.*, 2005). On pourrait dans ce sens intervenir sur « la nature du travail ou de la tâche » (Bernier, 2001 :p.18) qui est un des deux angles pour définir l'épuisement professionnel. Le renforcement

de l'aspect collectif du communautaire par l'interdisciplinarité semble donc un facteur important dans la protection contre le stress au travail. En bref, l'interdisciplinarité permet d'intervenir en partie sur les causes possibles de l'épuisement professionnel.

Mais qu'en est-il de l'aspect subjectif du travail, de l'accomplissement de soi et de l'idéal professionnel ? Comment intervenir « sur le conflit émotionnel qui mène à la désillusion » (Bernier, 2001 :19) ? Il est difficile de percevoir les incidences que peut avoir l'approche interdisciplinaire sur un idéal, sur des valeurs. On peut supposer qu'en diminuant les causes possibles d'épuisement, on augmenterait les capacités de concrétiser ces idéaux : du moins, on pourrait les percevoir comme plus accessibles, plus réalisables.

L'épuisement professionnel est un problème important dans le milieu communautaire. Cet affaiblissement de soi dû au travail possède plusieurs causes dont la principale semble être la conviction du travailleur communautaire que son travail ne lui permettra pas de réaliser son idéal professionnel. L'interdisciplinarité, approche qui peut être vue comme une manière de faire coopérer les spécialistes de différentes disciplines dans un travail ayant un objectif commun, a été explorée comme piste de solution à l'épuisement professionnel. La question est de savoir si l'approche interdisciplinaire pourrait être un facteur de protection, une intervention pertinente dans un problème d'épuisement professionnel au sein d'un milieu communautaire.

Après examen de la question, il semble que la piste soit bonne. L'approche interdisciplinaire semble être une manière d'intervenir à la source du problème de l'épuisement professionnel. Au sujet de la tâche, elle permettrait une organisation qui diminuerait la surcharge de travail qui est un problème majeur dans le milieu communautaire. Quant aux idéaux, il semble y avoir une certaine influence mais, comme nous l'avons souligné, il est difficile de le circonscrire et de mesurer cette question. Mais cette approche n'est pas absolue. Elle ne peut améliorer le financement déficient du milieu communautaire ni les inévitables conflits interpersonnels qui se produisent dans n'importe quel milieu de travail.

Ces considérations étant nommées, il paraît pertinent de valider cette exploration conceptuelle et l'approfondir par des recherches de terrain auprès des travailleurs du milieu communautaire. Même si l'approche interdisciplinaire semble une piste de solution prometteuse pour la prévention de l'épuisement professionnel en milieu communautaire, des questions surgissent. Comment implanter une approche interdisciplinaire adaptée au milieu communautaire ? Comment construire

cette approche pour qu'elle soit une intervention en amont au problème de l'épuisement professionnel ? Cette intervention à la source peut-elle être également envisageable pour d'autres milieux de travail ? Les champs de recherche paraissent nombreux et stimulants et les avenues pratiques que semblent offrir ces perspectives semblent des plus fertiles.

2.7 En bref

Les organismes communautaires ont pris de plus en plus d'importance dans le développement des communautés offrant des services spécifiques pour venir en aide à la population de leur territoire. Ces organismes ont pour objectifs d'améliorer le bien-être de la population et de surcroît leur santé. Devant le nombre croissant d'organismes qui ont fait surface au fil des ans et l'importance de leur contribution à la société, la santé publique a choisi de développer un programme national pour leur venir en aide.

L'intervention sociale a fait son apparition vers la fin du 19^e siècle, début du 20^e. Après la Confédération et avant la Première Guerre mondiale, de nombreuses associations nationales ont été établies à des fins de bienfaisance et d'entraide mutuelle afin d'aider à l'établissement des nouveaux immigrants et de promouvoir l'élaboration de politiques nationales et la formation des positions politiques des groupes pluralistes. Du fait de l'avènement de l'État providence, de nombreuses organisations et associations de bienfaisance ont vu le jour, ce dont rend compte l'augmentation importante du nombre d'organismes à partir des années 1960. Ces organismes exercent leur activité dans un large éventail de domaines. Il existe environ 161 000 OC au Canada. Les OC du domaine des services sociaux, qui sont ciblés de cette étude, occupent un pourcentage de 12 % de l'ensemble de OC. Le montant total annuel des recettes de ces organismes s'élève à 11,1 milliards de dollars, soit 10 % du montant total des recettes pour tous les OC confondus.

La plus grande partie du financement des organismes sociaux provient de source gouvernementale et une partie moindre provient des revenus gagnés et des dons. En fait, les subventions gouvernementales représentent les deux tiers (66 %) des recettes des OC du domaine des services sociaux.

Au cours des années 1960-1970, l'action sociale a pris beaucoup d'ampleur, avec la création d'un vaste éventail de services publics sous l'égide de l'État providence, au moment où le droit aux

services publics était associé aux droits de citoyenneté plutôt qu'aux œuvres de bienfaisance. Le Code des professions, la Loi de la protection de la santé publique et la Loi de la protection du malade mental qui furent adoptés de façon univoque ont apporté plusieurs changements sociaux importants.

Pour mieux appuyer sa politique de partenariat avec le secteur communautaire, le gouvernement québécois a créé le Secrétariat à l'action communautaire autonome (SACA). La Politique de reconnaissance et de soutien de l'action communautaire adoptée par le gouvernement du Québec en 2001 propose une définition et un mode de régulation des rapports entre le gouvernement et les OC.

L'aspect qui démarque les OC des entreprises du secteur privé est la relation étroite qu'ils entretiennent avec le gouvernement étant le principal bailleur de fonds. La participation du gouvernement au financement de la mission globale des organismes d'action communautaire autonome est un élément clé de la présente politique.

D'autres sources de financement proviennent d'organismes ou des particuliers, des collectes de fonds ou simplement par des cotisations des membres (associations). Bon nombre d'OC font face à d'importants défis sur le plan des moyens financiers.

L'absence de plans de relève et la gestion informelle dominant parmi les nombreux problèmes liés à la gestion ou au manque de gestion dans les OC. Les multiples difficultés rencontrées au plan de gestion du personnel sont liées à la surcharge de travail, au manque de ressources, au manque de personnel, aux chargés d'émotion avec des personnes en difficulté, etc. L'agglomération de ces difficultés et problèmes caractérisant les OC est à l'origine d'épuisement professionnel du personnel.

Trois principales approches en matière d'intervention en toxicomanie ont été répertoriées : l'approche biopsychosociale, l'approche de réduction des méfaits et l'approche écologique. Ces approches permettent de comprendre qu'au Québec ce sont d'abord les professionnels de la santé qui ont élaboré un savoir et des modèles d'intervention en matière de toxicomanie. Cependant, plusieurs études ont montré que les travailleurs sociaux représentent la plus grande catégorie de professionnels dans les services spécialisés dans le traitement de la toxicomanie. Cela dit, l'implication du service social dans les problématiques de la toxicomanie demande l'élaboration d'un corpus théorique de connaissances dans la matière.

Les fondements de l'intervention communautaire se basent sur trois principales approches : l'approche globale, l'approche féministe et l'approche par l'*empowerment*. Le milieu communautaire centre son intervention sur la personne et sur une communication démocratique.

La collaboration interdisciplinaire demeure nécessaire afin de surmonter les frontières disciplinaires pour chercher les synergies entre les savoirs à partir de situations problèmes ou de projets. Les manifestations tangibles de la précarité, de la toxicomanie et du vieillissement relèvent de processus dynamiques et multidimensionnels, pour lesquels la mise en place d'approches globales tient compte de toutes les sphères de la vie de la personne. Le jumelage des disciplines de la sociologie, de la psychologie ainsi que l'étude des aspects économiques et légaux des phénomènes à étudier s'avèrent essentiels afin d'intervenir auprès d'une clientèle toxicomane vieillissante en précarité. En plus, l'approche interdisciplinaire semble être une manière efficace d'intervenir à la source du problème de l'épuisement professionnel dans les OC fréquentés par la clientèle TVP.

CHAPITRE 3 –

CONCOMITANCE DES PROBLÉMATIQUES DE LA CLIENTÈLE DES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

3.1 Introduction

Nous avons traité, au chapitre 1, des problématiques caractérisant la clientèle des OC, et plus spécialement celles des populations toxicomanes vieillissante en situation de précarité, comme autant de concepts centraux à la présente thèse. Dans ce chapitre, il nous semble important de revenir sur ces concepts, mais cette fois en analysant la relation concomitante entre eux.

L'objectif consiste principalement à montrer les différents aspects des problématiques concomitantes : pauvreté et toxicomanie, précarité et exclusion, précarité et toxicomanie, vieillissement et toxicomanie et capacités et toxicomanie. Il importe de souligner la base de l'argumentation conceptuelle de ces relations et les perspectives de recherche associées. Avant de dégager les points de contact qui se profilent, une brève revue de la littérature permettra de saisir les enjeux déterminés à ce jour. Elle se révèle brève parce que les écrits sur ces intersections ne sont pas très abondants.

L'exemple illustratif des problématiques concomitantes est donné pour l'agglomération de Montréal où le nombre de personnes touchées par les problématiques concomitantes est en hausse. C'est une tendance inquiétante pour les OC montréalais qui se trouvent débordés devant une telle situation.

3.2 Pauvreté et toxicomanie

Quelques études ont été réalisées sur le sujet de la pauvreté et de la toxicomanie. Leurs conclusions semblent cependant être constantes : la relation entre la toxicomanie et la pauvreté est si complexe qu'on ne peut que supposer les liens entre les deux. Aucun des auteurs que nous verrons plus bas ne se considère en mesure d'affirmer quoi que ce soit : on propose plutôt des zones de convergence

entre les deux termes et les conclusions sont empreintes de nuances. C'est le rapport de la *Victorian Alcohol and Drug Association* (VAADA) (2003) qui résume le mieux ce qui se dégage des conclusions des différents chercheurs à savoir que même si les études ne sont pas capables de montrer s'il y a un lien de causalité entre la pauvreté et la consommation de drogue et d'alcool, il y a plusieurs évidences entre les deux.

Dès le départ, Kaestner (1999) est conscient que « la pauvreté et la toxicomanie » est un objet de recherche rempli de préjugés : « ... pour une majorité d'Américains, la consommation de drogues illicites et la pauvreté vont main dans la main » (Kaestner, 1999 : 327). Dans sa grande étude, basée sur un questionnaire et principalement quantitative, il se penche sur les liens de causalité entre la consommation de drogue et la pauvreté. Plusieurs répondants expriment que leur consommation de drogue augmente leur probabilité de devenir pauvre. L'auteur écrit que « la toxicomanie et la pauvreté sont reliées parce que la toxicomanie influe sur les déterminants de la pauvreté : l'éducation, les investissements en capital humain, le mariage et la fertilité » (Kaestner, 1999 :328). Mais il souligne que, pris un à un, les liens sont faibles et qu'il faut plutôt examiner l'effet total (Kaestner, 1999 :332). Voici les points saillants qui se dégagent de l'étude de Kaestner : les toxicomanes ont un revenu familial plus bas que les non-toxicomanes et ils ont recours beaucoup plus souvent aux programmes d'assistance publique ; le milieu familial a une influence minime en rapport avec la toxicomanie et la pauvreté ; les relations maritales (mariage et fertilité) ont une influence pour les femmes, mais pas pour les hommes. La toxicomanie est ainsi fortement associée à la pauvreté, mais l'étude ne tient pas compte des facteurs spécifiquement personnels dans l'équation pauvreté-toxicomanie. En conclusion générale, l'auteur écrit que ce qui cause la toxicomanie peut aussi causer la pauvreté et qu'en fait, la relation pauvreté et toxicomanie est difficile à cerner.

Dans son rapport, la VAADA (2003) n'insiste pas tant sur les liens probables entre la pauvreté et la toxicomanie que sur les principaux enjeux en rapport avec la double problématique : 1) l'accès à l'emploi et à l'éducation ; 2) les coûts sur le système de santé ; 3) la criminalité ; 4) l'accessibilité au logement ; 5) le soutien social et émotionnel. Ce qui est donc en jeu lorsqu'on parle de pauvreté et de toxicomanie, ce sont l'emploi, la santé, la criminalité, le logement et le soutien social et affectif. Le travail sur les enjeux peut permettre de briser les liens entre la pauvreté et la toxicomanie et de sortir du cycle de la pauvreté. Mais hormis quelques recommandations, le rapport

ne fait aucun traitement de fond de la question. Les liens évidents entre la pauvreté et la toxicomanie se comprennent dans les enjeux sans qu'on explique vraiment pourquoi.

Dans une étude effectuée au Pakistan, Niazi *et coll.* (2009) posent comme hypothèse que la pauvreté est reliée à la toxicomanie, au taux de criminalité et à la culture de l'opium. Les auteurs testent cette hypothèse dans le contexte spécifique de la société pakistanaise. Cette recherche quantitative conclut que le chômage, l'analphabétisme, les inégalités de revenu et la pauvreté sont des causes principales dans la toxicomanie : « au-delà de l'insuffisance monétaire, la pauvreté développe certaines inclinations, activités, conditions de vie et certains comportements. Ces attitudes et ces conditions peuvent contribuer à la toxicomanie » (Niazi *et coll.*, 2009 :147). On doit cependant noter, pour nuancer les conclusions de l'étude, certaines particularités du contexte pakistanais comme une grande pauvreté, un faible taux d'alphabétisation et la culture locale de l'opium. Malgré ce contexte, qui peut en partie expliquer les résultats, les auteurs font remarquer que la pauvreté et la toxicomanie ont une relation complexe.

Une recension d'écrits écossais sur le thème de la pauvreté et de la toxicomanie (Shaw *et coll.*, 2007) mentionne qu'il existe de forts liens entre la pauvreté, la misère sociale (*deprivation*), les inégalités et la toxicomanie, mais « le portrait est complexe » (Shaw *et coll.*, 2007 :3). Cette étude souligne deux points intéressants. Le premier stipule que « les individus qui sont le plus à risque de développer un problème de toxicomanie sont ceux qui sont dans les marges de la société » (Shaw *et coll.*, 2007 :10). Les individus dans la population marginalisée qui sont les plus susceptibles de développer des problèmes de toxicomanie sont les sans-abris, les exclus du système scolaire, les gens en contact avec le système judiciaire et ceux qui ont besoin des services en santé mentale. Le deuxième point soulevé est que la toxicomanie et les problèmes qui y sont reliés dépendent de la relation entre l'individu et son environnement, dans un sens large. On soulève donc l'aspect exclusion et l'aspect social de la problématique. En conclusion, on souligne que, quoique la pauvreté ne soit pas en elle-même la cause des problèmes de toxicomanie en Écosse, « il y a une forte association entre l'étendue des problèmes reliés à la drogue et la portée des inégalités sociales et économiques » (Shaw *et coll.*, 2007 :44).

L'étude d'Apostolidis *et coll.* (2003) est d'abord psychologique. Mais, on reconnaît que l'aspect social joue un rôle fondamental dans les problèmes de toxicomanie et de précarité. L'emploi de ce terme est d'ailleurs intéressant : on ne parle pas directement de pauvreté, mais d'une situation de

précarité. On conclut que « les médiations d'ordre social, symbolique et psychologique que mettent en jeu les significations et les fonctions associées aux drogues dans un contexte de précarité révèlent la construction des relations à effets pathogènes sur les plans sanitaire, identitaire et social » (Apostolidis *et coll.*, 2003 :77-78).

Retenons de ce tour d'horizon quelques faits saillants. D'abord la difficulté de démontrer avec certitude les liens qui peuvent exister entre la pauvreté et la toxicomanie, en particulier les liens causals. Selon la méthodologie utilisée ou les présupposés épistémologiques, cela peut déterminer la direction de la cause. Soit la toxicomanie peut causer la pauvreté (Kaestner, 1999), soit la pauvreté peut causer la toxicomanie (Niazi *et coll.* 2009), soit on ne peut pas se prononcer sur le sens de la cause (VAADA, 2003 ; Shaw *et coll.*, Gillespie, 2007). Cependant, on reconnaît d'une même voix la complexité du problème. On souligne également que le contexte social est d'une grande importance pour bien saisir la problématique. Mais, on ne mentionne pas si ce contexte peut avoir une influence sur la relation causale. Par exemple, dans le contexte spécifique du Pakistan, il semble plus clair que c'est la pauvreté qui cause la toxicomanie, et non le contraire. Toutefois, les spécificités de la société pakistanaise sont peut-être difficilement transposables dans des contextes occidentaux. Ainsi, les études occidentales semblent vouloir trancher moins facilement. En ce sens, on peut se demander dans quelle mesure et sous quelles conditions le contexte influe sur les liens de causalité.

Retenons finalement de cette rare littérature sur la pauvreté et la toxicomanie que la problématique est assez complexe pour qu'on ne puisse pas affirmer beaucoup de choses sur le sujet. Nous proposons donc de faire le tour des liens qui semblent se dégager de cette recherche et qui semblent plus nombreux que ceux que soulèvent les études.

Comme nous l'avons fait remarquer précédemment, les chercheurs ne prennent pas le temps de définir, ou pourrions-nous plutôt dire *circonscrire*, les concepts utilisés. Cette démarche empêcherait les confusions possibles. Certains aspects peuvent se dégager d'une approche strictement lexicographique.

La pauvreté et la toxicomanie ont ainsi un point commun, d'abord au sujet de leur définition respective : la notion de manque. Que ce soit en rapport au revenu ou aux capacités, les différentes définitions de la pauvreté tournent autour de cette notion de manque. Dans la toxicomanie, la dépendance à une substance crée un manque, qu'il soit physique ou psychique. Il

est évident que le manque n'est pas de même nature pour la pauvreté et la toxicomanie. Ce que l'on veut souligner ici est le fait que les deux termes puissent se définir par rapport à une même notion, bien qu'elle soit de nature dissemblable.

On pourrait faire un examen étymologique et lexicographique, un constat historico-linguistique plus poussé pour savoir comment les deux termes se sont construits et dans quels contextes. Cette analyse linguistique pourrait probablement apporter quelques éclairages sur les termes bien que, dans le cas de problématiques sociales, ce genre d'exercice soit limité. Pour cet exercice, il faudrait explorer plus en détail cette notion de manque et la positionner dans une problématique sociale. Il nous paraît intéressant de souligner cette concordance, sans toutefois insister sur le sujet.

Bien que la pauvreté et la toxicomanie existent depuis très longtemps dans l'histoire humaine, elles sont conceptuellement – du point de vue des sciences humaines et en particulier des sciences sociales – des notions récentes. La manière de les penser aujourd'hui est issue d'un contexte sociohistorique défini et de la manifestation de paradigmes sociaux propres à l'époque.

La « nouvelle pauvreté » est apparue avec la fin du boum d'après-guerre. D'une certaine façon, le phénomène de pauvreté s'est démocratisé avec l'émergence de la notion de précarité : dans le nouveau contexte économique, celui issu des années 1970 et 1980, n'importe qui peut connaître la précarité et éventuellement basculer dans la pauvreté. Le phénomène n'est plus particulier à une classe sociale marquée ainsi ou à une tranche de population, bien que certaines prédominances persistent. La pauvreté est un phénomène socialement répandu et la population étiquetée comme pauvre est hétéroclite.

La toxicomanie est également une notion récente, bien qu'on ne parle pas de « nouvelle toxicomanie ». La démocratisation de l'usage de drogue, soit la « massification de sa consommation » (Bergeron, 2009 : 5), en particulier pendant les années 1960, fait du toxicomane quelqu'un de difficilement identifiable : n'importe qui peut être toxicomane, ou le devenir, peu importe la classe sociale ou la tranche de population à laquelle on appartient. Boire de l'alcool ou prendre de la drogue peut être une action perçue comme socialement et culturellement acceptable.

Il semble y avoir eu une émergence historique des problématiques sociales que sont la toxicomanie et la pauvreté. Elles s'inscrivent en fait dans le paradigme de la modernité. Celle-ci est caractéristique du 20^e siècle. Elle est souvent synonyme de contemporanéité. Mais pour les penseurs de la postmodernité, la modernité est une période spécifique du 20^e siècle. Il faudrait

pouvoir spécifier si la problématique doit être pensée selon la modernité ou selon la postmodernité. Est-ce que cela changerait la manière de concevoir la convergence historique ? Il y aurait vraisemblablement peu d'incidence, mais la question ne doit pas être mise totalement de côté. L'idée de catégoriser la période postmodernité est un courant important en sciences humaines. Ce qui importe de voir ici est cette notion de démocratisation qui touche la presque totalité des phénomènes sociaux, en particulier la pauvreté et la toxicomanie. Par démocratisation, on entend ici que les phénomènes peuvent toucher n'importe qui et ne sont plus caractéristiques d'un petit groupe identifiable ou d'une classe sociale donnée. Dans ce sens, la pauvreté et la toxicomanie s'inscrivent dans la même mouvance sociale.

Ainsi, la notion de démocratisation est essentielle à la compréhension de cette double problématique. Ce phénomène est cependant à mettre en contexte : il s'inscrit dans une société individualisante et dans un mouvement plus large de globalisation et de mondialisation. Ce mouvement n'est d'ailleurs pas exclusif à la pauvreté et à la toxicomanie. L'élargissement et la complexification des ramifications sociales les rendent plus difficiles à saisir, à catégoriser et à conceptualiser. Un phénomène démocratisé est très difficile à circonscrire parce qu'il est partout et ne possède pas de forme définie. Ainsi, même si la figure de l'itinérant semble le premier archétype de la pauvreté et de la toxicomanie, il ne représente qu'une partie de la population aux prises avec la double problématique. Et surtout, cette figure ne représente pas la démocratisation des problèmes sociaux en général. Pour mieux comprendre le phénomène, on doit approfondir le contexte sociohistorique québécois en particulier et, par la suite, mieux cerner la problématique de la pauvreté et de la toxicomanie.

Il y a donc une concordance sociohistorique des deux problématiques. La pauvreté et la toxicomanie émergent dans leur forme actuelle principalement à cause de la démocratisation des phénomènes et du contexte de la modernité. C'est cette émergence sociale qui permet de considérer ces phénomènes comme reliés. Bien que cet aspect soit négligé dans les études, il ne peut être écarté et il fait partie de la compréhension globale de la problématique. D'un point de vue paradigmatique, on peut même ajouter que cette double problématique n'est pensable qu'avec l'émergence au 19^e siècle des sciences de l'Homme, et de l'Homme comme objet d'étude.

Les liens statistiques sont très difficiles à faire et passablement fragiles. D'une part, « aucune définition ou statistique ne permet actuellement d'appréhender les multiples facettes de la pauvreté

ainsi que les phénomènes d'exclusion ou de précarité qui lui sont souvent associés » (Daniel, 2007 :14) et, d'autre part, nous avons vu que le phénomène de la toxicomanie ne se laisse pas décrire statistiquement, autant à cause de la population hétérogène qui le compose que de la nature même du phénomène.

Pour dresser des statistiques significatives en rapport avec la pauvreté et la toxicomanie, il faudrait pouvoir identifier, décrire et quantifier le plus précisément possible les pauvres et les toxicomanes. Or, dans le contexte de nos sociétés occidentales, cela s'avère impossible. Nous avons maintes fois souligné le caractère hétéroclite des populations pauvres et toxicomanes. En combinant les deux facteurs, cela devient encore plus compliqué.

La nature même des problématiques de la pauvreté et de la toxicomanie rend le dénombrement ardu. Bien que la pauvreté soit souvent une affaire de chiffre, être en dessous du seuil officiel de faible revenu ne rend pas automatiquement un individu pauvre. Toute la dimension apportée par la notion de capabilité, qui élargit passablement la notion de manque de revenu, est malaisément chiffrable. La toxicomanie est de même nature. La plupart des toxicomanes échappent aux statistiques : la population quantifiée est majoritairement celle qui émerge dans les institutions. Elle ne reflète donc qu'une petite partie de la réalité. Les gens pauvres et toxicomanes vivent souvent dans l'exclusion sociale, ce qui les rend difficilement atteignables par les statistiques.

Il est donc hasardeux de rendre compte des deux phénomènes avec des chiffres qui ne donnent que des contours flous, parce que le vaste territoire de ces deux problématiques est difficilement déterminable numériquement. Il ne semble pas y avoir d'équation qui puisse expliquer la toxicomanie et la pauvreté.

La relation causale semble le lien le plus évident par rapport à la problématique pauvreté et toxicomanie. Cette évidence est cependant de deux ordres : soit la pauvreté est une cause de la toxicomanie, soit la toxicomanie est une cause de la pauvreté. Dans les deux cas, on pourra trouver des arguments et des faits qui prouveront la validité du sens de la relation causale.

Pour Niazi *et coll.* (2009), la pauvreté peut engendrer une détresse psychologique et matérielle qui pousse des individus à se réfugier dans la toxicomanie. Les auteurs affirment que la pauvreté est l'une des causes de la toxicomanie. La pauvreté peut ainsi engendrer une détresse psychologique et matérielle qui pousse des individus à se réfugier dans la toxicomanie. Cette association de la pauvreté et de la toxicomanie peut par la suite mener à la criminalité. On est ici dans l'imaginaire

de la chute (Ancel et Gaussoit, 1998) et dans le processus de la pauvreté disqualifiante (Paugam, 2005). De ce point de vue, la pauvreté peut être la cause de bien des maux sociaux. Effectivement, dans certains contextes et pour certains individus, la pauvreté peut causer la toxicomanie. Mais si on n'envisage que ce lien causal, certaines questions se posent. Est-ce que la pauvreté mène presque inévitablement à la toxicomanie ? La toxicomanie est-elle une affaire de classe sociale ? La toxicomanie est-elle plus prégnante dans les pays pauvres ? « Si la pauvreté, la désinsertion, le chômage, etc., semblent être des conditions propices au développement d'une « toxicomanie de pauvreté », les sociologues insistent également sur la fréquente dégradation qu'entraîne, en retour, pour ceux qui sont les moins richement dotés en capitaux sociaux et économiques, cette addiction » (Bergeron, 2009 :62). Même si l'on admettait que la pauvreté est la cause de la toxicomanie, à un certain stade du problème, le cercle vicieux que crée l'association des deux phénomènes rendrait d'une certaine façon cette causalité caduque.

Ainsi, ce serait plutôt la toxicomanie qui serait une cause de la pauvreté (Kaestner, 1999). Les coûts qu'implique une consommation incontrôlée d'une substance quelconque peuvent mener à une précarité financière, et même à la pauvreté. Mais tous les toxicomanes finissent-ils pauvres ? Dans cette relation causale, la toxicomanie est à placer parmi les causes possibles de la pauvreté : problèmes mentaux, chômage, revenu insuffisant, toxicomanie, précarité, éducation insuffisante (analphabétisme). La pauvreté pourrait même se définir comme un « *espace de pauvreté* qui sert de point de rencontre à toute une gamme de personnes isolées et mal intégrées » (Tousignant, 1989 :101). La pauvreté est dans ce sens une sorte de classe refuge pour les gens ayant des problématiques sociales, et souvent multiples, dont la toxicomanie. Si l'on admet que la toxicomanie est une cause de la pauvreté, la personne qui se retrouve dans l'*espace de pauvreté* peut également évoluer dans un cercle vicieux où la cause première de la situation peut s'avérer peu significative lorsque l'on tourne dans une problématique sociale double.

La relation causale directe entre pauvreté et toxicomanie peut s'avérer limitative : ce sont des phénomènes trop complexes pour qu'on les ramène l'un à l'autre dans une sorte de cercle vicieux. D'abord, que ce soit la pauvreté ou la toxicomanie, les deux phénomènes ne sont pas la cause exclusive l'une de l'autre. Les deux sont des phénomènes multidimensionnels : les causalités doivent être cherchées en dehors d'une relation directe et stricte. On admet que la pauvreté peut causer la toxicomanie, et vice-versa, mais ce n'est souvent pas aussi simple et exclusif que cela.

Dans les faits, la relation causale peut parfois être claire et parfois elle peut être ambiguë au point où on ne peut pas savoir laquelle est véritablement la cause de laquelle.

Et surtout, il faut élargir cette relation causale : il faut la replacer dans un contexte multifactoriel. Autrement dit, il faut sortir la problématique du lien exclusif de « quoi est la cause de quoi ». Dans la pauvreté et la toxicomanie, il ne semble jamais n'y avoir qu'une seule cause au phénomène. En fait, on ne peut envisager cette problématique en vase clos. La démarche qui semble la plus féconde dans une perspective de recherche est de changer l'axe d'approche. Ainsi, on ne se demande plus si c'est la pauvreté qui cause la toxicomanie ou l'inverse. La nouvelle question à poser serait plutôt : quel pourraient être les causes de la problématique double de la pauvreté et de la toxicomanie ? La complexité de la problématique donne à croire qu'il y a une multitude de causes qui influent sur les situations de pauvreté et de toxicomanie.

3.3 Précarité et exclusion

Comme vu précédemment, la précarité semble un moment dans le processus de pauvreté : elle en est le début. La personne dans une position d'instabilité peut entrer autant dans un processus de pauvreté que dans un processus de toxicomanie. Une situation précaire peut être l'une des causes possibles du double phénomène de pauvreté et toxicomanie.

On peut imaginer plusieurs scénarios. La toxicomanie peut placer une personne en situation de précarité (autant psychologique que matérielle) et enclencher ainsi un processus de pauvreté. Ou bien, une personne peut, dans une situation de précarité matérielle, basculer dans la pauvreté, et ensuite dans la toxicomanie. Ou encore, une situation de précarité peut mener quelqu'un simultanément dans la pauvreté et la toxicomanie. Comme dans le cas des liens causals, les relations ne sont pas linéaires et exclusives. Tous les scénarios demeurent possibles : les interactions entre l'individu (sa psychologie, son histoire) et son contexte proche (famille, communauté restreinte) autant que le contexte plus large (situation économique ou situation sociale difficile) peuvent expliquer la précarité d'une personne et son basculement dans la pauvreté et la toxicomanie.

Dans la perspective de la double problématique qui nous occupe, on pourrait élargir le spectre de la précarité : elle peut être matérielle, mais également être vécue au niveau psychologique. Un individu peut se retrouver dans un état de précarité psychique à cause d'un problème de

toxicomanie et également se trouver dans une situation de précarité matérielle qui peut le mener dans une situation de pauvreté. La personne est ainsi placée dans une double précarité, matérielle et psychique : l'instabilité intérieure et extérieure. Encore ici, les multiples facteurs qui jouent dans la situation de la personne sont difficiles à relier exactement en liens causals. Dans un processus de pauvreté, comme dans un processus de toxicomanie, la précarité (matérielle et psychique) peut faire basculer une personne dans un processus dont il est difficile de s'extraire.

Le basculement de situation peut mener encore plus loin, soit à l'exclusion. Celle-ci est une rupture entre l'individu et le social ; certains parlent même de fracture sociale (Emmanuelli et Frémontier, 2002). Dans son rapport avec la précarité et la pauvreté, l'exclusion est la fin du processus : elle est une situation où, ne pouvant plus participer aux échanges consuméristes à cause du manque de revenus, les individus se retrouvent également en retrait des rapports sociaux. Dans le cas de la toxicomanie, celle-ci est catégorisée comme une déviance et on associe étroitement déviance et exclusion (Lamarque, 1998). Ainsi, dans les perceptions sociales, la toxicomanie renvoie presque automatiquement à un état de stigmatisation et de marginalisation.

La pauvreté et la toxicomanie peuvent être associées à l'exclusion, mais pas de la même manière. Dans le cas de la pauvreté, l'exclusion « est principalement un phénomène contemporain et un produit des carences de la croissance économique moderne » (Lamarque, 1998, p.17). Elle est à la fois une conséquence d'une situation individuelle de précarité et d'une situation économique de crises. Dans le cas de la toxicomanie, cette déviance englobe « des comportements que les standards à la fois moraux et juridiques répriment » (Lamarque, 1998, p.62). Dans la toxicomanie, l'exclusion est ainsi une étiquette : par ce qu'elle est (principalement dans les perceptions sociales), la toxicomanie exclut presque automatiquement la personne du fonctionnement social. Le toxicomane est perçu comme inapte à exercer une quelconque fonction sociale. Dans ce sens, l'exclusion est une conséquence de la pauvreté et de la toxicomanie.

La précarité et l'exclusion peuvent être des points de rencontre dans la problématique pauvreté et toxicomanie. La précarité s'inscrit dans la notion de processus et agit donc dans le temps. Elle est un point de basculement dans la pauvreté et la toxicomanie et, en ce sens, elle peut être vue comme une cause de la double problématique. Quant à l'exclusion, c'est une notion qui ramène à l'espace social : pauvres et toxicomanes sont rejetés en marge de la société. Elle est une conséquence de la problématique pauvreté/toxicomanie. Ces notions, qui semblent se situer aux extrémités, ne sont

en fait qu'une partie du puzzle de la problématique. Elles sont une part de la compréhension de la dynamique de la problématique.

3.4 Précarité et toxicomanie

Le concept d'addiction ou toxicomanie est actuellement très élargi et complexe. Dans une acceptation biopsychosociale, c'est le lieu de rencontre d'une personne, d'un produit et d'un moment socioculturel. Pour Baylé *et al.* (1994), la conduite de dépendance dans laquelle le sujet a perdu sa liberté de décision n'est plus uniquement centrée autour de la pharmacodépendance, mais considérée comme un style d'existence et de comportement. La prise du produit, son utilisation systématique, les particularités de la dépendance répondent aussi à une souffrance psychique que le sujet tente de résoudre et qu'il ne fait que transformer en une autre, solution dont les effets constituent le processus addictif.

La toxicomanie est un problème individuel et social (Cormier, 1984). Elle est l'interprétation donnée à la consommation des produits, ou substances (alcools et drogues de toutes sortes). Elle est un assujettissement à « l'expérience que nous fait vivre le psychotrope ». (Peele, 1982, p.29). Cette expérience s'inscrit dans le temps et l'espace, dans un contexte social donné (Bergeron, 2009).

La toxicomanie s'accompagne souvent, pour ne pas dire presque toujours, de problèmes concomitants. Elle est souvent reliée à la précarité. On entend par celle-ci « l'absence d'une ou plusieurs des sécurités permettant aux personnes et familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux » (Loisy, 2000, p.39). En fait, elle est une perte de stabilité et surtout un manque de possibilités d'action. Elle est aussi un processus (Paugam, 2005) ; à long terme, la précarité peut mener à la pauvreté et à l'exclusion sociale, soit une perte (ou une non-acquisition) des représentations symboliques du rapport de l'individu au social que ce soit l'autre, le groupe ou les institutions (Emmanuelli et Frémontier, 2002). Ainsi, un toxicomane qui se retrouve en situation de précarité est inévitablement coupé de ces liens symboliques (et souvent réels) avec la société. Plus le processus est vécu longtemps, plus il est difficile de le renverser. Le toxicomane en situation de précarité devient presque inévitablement un marginal et il se sent particulièrement stigmatisé. La stigmatisation ressentie lui confirme qu'il est exclu des services reçus par les personnes plus conformes. Ceux dont le parcours de vie est le plus éloigné

des normes valorisées socialement réfutent et se révoltent contre le jugement porté sur eux, parfois violemment, confirmant ainsi aux yeux des intervenants les épithètes attachées aux stigmates.

3.5 Vieillesse et toxicomanie

Le vieillissement démographique est une infaillibilité liée à une augmentation sans précédent de l'espérance de vie depuis les années 1970. L'ensemble des progrès réalisés dans différents domaines explique un accroissement de la proportion des personnes âgées de plus de 60 ans dans la population générale (Rapport Groupe de travail Dépendance, 2011).

Le Canada connaît un vieillissement marqué de sa population : environ un quart de celle-ci aura au moins 65 ans d'ici à 2050. D'après des statistiques, la population consommatrice de drogues dans les pays occidentaux n'est pas non plus épargnée par ce phénomène et répondre aux besoins des usagers de drogues vieillissants est un problème grandissant. Cela vaut, en particulier, pour les pays occidentaux qui ont connu les premières épidémies d'héroïne et de cocaïne dans les années 1980 et 1990.

Le vieillissement modifie la réponse du corps humain à l'alcool et aux autres substances, c'est-à-dire la qualité et le taux d'absorption, de distribution et d'excrétion du produit consommé. La personne âgée est marquée par la sévérité des complications somatiques, neurologiques, psychiatriques et sociales et la prise d'alcool prolongée contribue à accélérer le vieillissement et la déchéance physique et intellectuelle. Les sujets âgés sont plus susceptibles de devenir physiologiquement dépendants des médicaments à potentiel addictif à cause des changements physiologiques associés à la vieillesse. C'est le cumul des facteurs de risque qui annonce la survenue des addictions et qui fait des sujets âgés des candidats naturels aux addictions :

- La perte d'autonomie et la diminution des facultés d'adaptation physique et psychologique ;
- La présence concomitante de pathologies physiques graves et invalidantes. Les sujets âgés sont en général de grands consommateurs de médicaments, notamment antalgiques et psychotropes pour diminuer les douleurs ;
- La solitude et l'isolement, avec l'importance des événements de vie douloureux comme le décès d'un proche et l'absence de relations affectives et sociales.

Ainsi, à tous les aspects qui peuvent devenir invalidants dans le processus du vieillissement, on ajoute les aspects tout aussi incapacitants reliés à la toxicomanie et à la précarité. Si on reprend l'idée des capacités, en conjuguant le vieillissement, la toxicomanie et la précarité, on se retrouve avec une situation où la perte des capacités est ainsi augmentée et le dysfonctionnement social est plus grand. Il ne faut pas oublier que cette privation des capacités est accompagnée d'une diminution dans la perception de la temporalité (Griner-Abraham, 2011) : la personne s'aperçoit qu'il y a moins de temps devant elle pour réorienter son mode de vie et se réinsérer dans un système dans lequel elle a été toute sa vie en marge. En bref, le changement est difficile pour ces personnes.

Les personnes toxicomanes vieillissantes qui présentent une dépendance aux substances psychoactives ou qui en abusent sont considérées comme des facteurs de risque (pertes cognitives, désorganisation au niveau des activités de vie quotidienne et domestique). À cause de leur mode de vie, plusieurs facteurs rendent difficile le soutien des intervenants du milieu communautaire à ces usagers : d'abord, le déni du problème de consommation par les usagers eux-mêmes et leur manque d'ouverture à en parler ouvertement par peur du jugement ou refus du service ; ensuite, le manque d'expertise des intervenants du communautaire à propos de la problématique et surtout le manque de services spécifiques et programmes appropriés autres que thérapeutiques offerts à cette clientèle.

« LE PATIENT TOXICOMANE »

Au début de ma pratique, un des patients qui m'a donné le plus de fil à retordre était un monsieur de 60 ans qui avait un problème d'alcool. J'ai dépensé beaucoup d'énergie à le convaincre de son problème et les trois tentatives de sevrage suivant mes interventions se sont soldées par un échec.

À la suite de cette expérience, j'avais classé ce type de patient dans les « causes désespérées » pour lesquelles je m'avouais impuissante. Devant ce genre de patient, on éprouve tous, à un moment ou à un autre, un malaise, un sentiment d'impuissance, voire même de l'agressivité. Pourtant on voudrait l'aider. On voit souvent très clairement les solutions à lui offrir, mais il ne semble pas percevoir le problème comme nous.

Parfois, on décèle chez ces patients une certaine motivation pour un changement d'attitude. De beaux plans de sevrage sont élaborés, mais souvent le patient rechute. L'on est alors d'autant plus déçu que l'on s'est intensément investi, aussi avons-nous par la suite des

difficultés à les accueillir de la même façon. Lorsqu'ils se présentent, nous éprouvons de l'agressivité et nous pouvons, consciemment ou non, les rejeter facilement, soit verbalement, soit de manière plus implicite, par exemple, en ne retournant pas leurs appels ou en oubliant de leur donner un rendez-vous.

Depuis, j'ai rencontré de nombreuses personnes aux prises avec l'alcool ou les drogues. À travers ces rencontres et grâce à l'expérience de mes confrères, j'ai découvert que, au-delà du dépistage et du sevrage, il était possible d'aider les toxicomanes et d'en retirer une satisfaction professionnelle et humaine. J'ai surtout appris, et j'apprends encore – à comprendre leur détresse, à éprouver de l'empathie à leur égard, sans toutefois céder à leurs demandes souvent inappropriées ou irréalistes.

Luce Pélissier-Simard

Montréal (Article « Le médecin du Québec » (juin 1994). »

3.6 Capabilités et toxicomanie

Y a-t-il une possibilité de définir la problématique pauvreté/toxicomanie en rapport avec la notion de capabilité ? Cette notion peut-elle servir de lien entre les deux problèmes sociaux ? Bien que cette question demande une large réflexion, il s'agit ici d'en poser les bases, ce qui pourrait éventuellement ouvrir une nouvelle voie à la problématique de la pauvreté et de la toxicomanie.

La notion de capabilité a été exposée plus avant. Elle consiste en la possibilité d'exercer une liberté de choix en rapport avec les fonctionnements de l'existence. Ces fonctionnements constituent les états et les actions de l'existence d'une personne ; bref, ce qu'elle est et ce qu'elle fait. La capabilité concerne les fonctionnements les plus élémentaires, comme se nourrir, et les plus complexes, comme être heureux. Dans cette optique, la définition de la pauvreté s'étend hors du simple cadre du manque de revenu. La pauvreté est ainsi un « déficit de capabilités ». En fait, la pauvreté restreint la possibilité d'action. Le manque d'argent n'est qu'un aspect de cette difficulté d'agir et de vivre.

Que serait la toxicomanie dans une approche par les capabilités ? La toxicomanie a été décrite comme étant l'expérience d'une consommation problématique d'une substance (alcool ou drogue) qui s'inscrit dans un contexte social donné. La toxicomanie pourrait également créer un « déficit

de capacités » dans le sens où la consommation problématique de drogue ou d'alcool influe sur l'état de conscience d'une personne et limite le choix de ses fonctionnements. Le toxicomane n'a souvent plus les possibilités physiques et mentales, et même environnementales, pour être capable de choisir librement des états ou des actions qui pourraient déterminer son accomplissement. La toxicomanie, quoique de façon différente de la pauvreté, est également un « déficit de capacités ». « L'expérience » de la toxicomanie, pour employer l'expression de Peele (1982), restreint la volonté d'action.

Comme problématique commune, la pauvreté/toxicomanie crée un « déficit de capacités » : l'individu aux prises avec ce double problème social n'est plus apte, n'est plus capable d'agir sur et dans son environnement. Une des conséquences de cette impossibilité d'agir est l'exclusion sociale : quand les interactions d'un individu avec ses environnements sociaux sont restreintes, un effet d'isolement, une mise en marge, se produit. La pauvreté/toxicomanie crée un « déficit de capacités » en rapport avec le contexte ou, si l'on préfère, l'environnement, d'un individu. Dans cette optique, ce n'est plus la pauvreté et la toxicomanie comme état qui crée une fracture sociale, mais c'est plutôt la difficulté de participer aux interactions sociales qui engendre cette rupture d'un individu avec ses groupes d'appartenance proches (famille, communautés auxquelles il appartient) ou larges (société civile, échanges économiques).

« En fait, l'ensemble capacité n'est pas directement observable, et il doit être construit sur la base de présomptions » (Sen, 2000, p.94). Il va sans dire que cette approche peut être considérée comme très théorique. Cependant, dans la pratique de bien des travailleurs sociaux, les personnes pauvres et toxicomanes n'ont plus la capacité d'agir de leur propre volonté. L'exercice de leurs capacités de base peut s'avérer du domaine de la survie. La pauvreté peut couper les échanges socioéconomiques et la toxicomanie peut couper les échanges avec la réalité. Le « déficit de capacités » que crée la problématique pauvreté/toxicomanie mène la plupart du temps à de l'exclusion.

3.6.1 Contextes reliés à la pauvreté et la toxicomanie

La pauvreté et la toxicomanie ne sont pas des phénomènes sociaux abstraits : ils sont à définir et à comprendre en rapport avec une structure et un contexte social déterminé. Même si, fondamentalement, ce sont des individus qui sont aux prises avec ces problématiques, ils vivent

leur problème dans une société donnée. L'environnement d'un individu se comprend à deux niveaux.

On doit considérer d'abord le contexte immédiat de la personne qui vit la pauvreté et la toxicomanie. Il est constitué d'abord de la famille, des communautés et des groupes dans lesquels l'individu évolue ; on peut également faire entrer dans cette catégorie la ville dans laquelle il habite. Ce contexte proche contient des indices qui permettent de comprendre la problématique pauvreté et toxicomanie en rapport avec le vécu de la personne. C'est surtout dans ce contexte proche que la personne exerce ses capacités, et c'est dans celui-ci que les « déficits » prendront un sens. Une personne n'est pas pauvre ou toxicomane à cause du contexte mondial : c'est dans son contexte proche que se vivent les répercussions des problèmes à grande échelle. On peut atteindre ce niveau proche par le récit de vie et l'entrevue.

Ensuite se trouvent la façon dont la structure sociale est organisée et la manière dont on aborde les problématiques sociales. Existeraient donc un niveau diachronique et un niveau synchronique. D'un côté, l'aspect diachronique nous permet de comprendre ce qui se passe actuellement entre des individus pris dans une problématique de pauvreté et de toxicomanie, et le cadre social dans lequel ils vivent. Le cadre social est l'environnement immédiat, soit socioculturel, historique, intellectuel, géographique et économique dans lequel évolue l'individu. Ce cadre comporte un aspect local, le contexte proche, et un aspect large, un contexte de mondialisation. Le cadre social est ce dans quoi nous nous pensons et nous nous percevons. Il est également le cadre paradigmatique dans lequel les problèmes sociaux sont conceptualisés. D'un autre côté, l'aspect synchronique relativise la problématique dans le sens où les problèmes sociaux comme la pauvreté et la toxicomanie ne changent pas dans leur réalité vécue, mais les structures sociales dans lesquelles on les comprend se transforment. Les paradigmes changent et ce qui était (ou n'était pas) un lien entre la pauvreté et la toxicomanie, il y a quelques décennies peut maintenant l'être (ou pas).

Ainsi, peu importe l'échelle considérée, l'objet pauvreté/toxicomanie est pensé et vécu dans un contexte déterminé. L'environnement peut être proche ou large. C'est dans ces contextes que s'exercent, ou pas, les capacités. Ces contextes sont essentiels dans la compréhension de toute problématique sociale. Ces contextes sont également indispensables pour articuler les relations

entre la pauvreté et la toxicomanie. Les liens qui ont été soulevés précédemment ne prennent un sens que dans un contexte.

3.7 Pauvreté – précarité – exclusion - toxicomanie

Que retenir de ce tour d’horizon? Synthétiser brièvement les explorations conceptuelles permettra de saisir les points d’attache. Puis, à partir de ces points de contact, les perspectives de recherche pourront ressortir plus clairement.

Le travail conceptuel sur la pauvreté et la toxicomanie a été fait au sujet des définitions et des contextualisations diachronique et synchronique. Du point de vue définitionnel, la pauvreté peut être décrite comme « un processus de manque », autant en termes de revenus que de capacités. Ce processus commence souvent par une situation de précarité et peut aboutir, dans les pires des cas, à une situation d’exclusion. Pour ce qui est de la toxicomanie, on pourrait la décrire comme étant l’expérience d’une consommation problématique d’une substance, principalement l’alcool ou la drogue. Cette consommation est incontrôlée, contrainte par la dépendance (physique et psychique) et la tolérance, et ayant des conséquences néfastes sur la vie de l’individu.

La pauvreté et la toxicomanie sont des problématiques sociales qui se vivent dans un contexte historique et socioculturel. Elles n’ont pas toujours eu la même réalité à travers le temps. Depuis le milieu du 20^e siècle, la « nouvelle » pauvreté est associée au chômage, à la précarité et à l’exclusion. À la même période, la toxicomanie a connu un phénomène de démocratisation de l’usage des stupéfiants. L’incidence, autant pour la pauvreté que la toxicomanie, a été que les populations aux prises avec ces problématiques sont hétéroclites et difficiles à identifier. Les deux phénomènes sont à comprendre dans des cadres sociaux qu’on pourrait qualifier d’individualisant et de moderne (ou postmoderne). Même si la tendance est de faire des problématiques des enjeux plutôt individuels, l’aspect social n’est aucunement à oublier et revêt même une grande importance : ce qui est vécu individuellement est encadré socialement.

Outre le contexte historique et social, la pauvreté et la toxicomanie ont plusieurs choses en commun. Ce sont des problématiques statistiquement difficiles à circonscrire, entre autres à cause de l’hétérogénéité de leur population. Les relations causales semblent effectives, mais la direction est peu évidente à déterminer. La précarité peut être le début du processus pauvreté et même de la toxicomanie. En aval, il y a souvent l’exclusion qui semble une conséquence inévitable de la double

problématique de la pauvreté et de la toxicomanie. Il faut surtout retenir que les problématiques de la pauvreté et de la toxicomanie sont complexes et multidimensionnelles. Il faut également se souvenir que la question posée est de comprendre la relation entre la pauvreté et la toxicomanie, et que cette relation implique plusieurs liens qui ont été soulevés.

Les liens qu'on peut établir entre la pauvreté et la toxicomanie reflètent cette complexité. C'est peut-être la raison pour laquelle cette double problématique a été peu abordée dans la littérature des sciences sociales. La problématique pauvreté/toxicomanie se révèle difficile à cerner, mais elle n'en reste pas moins pertinente principalement parce qu'elle a été peu traitée et qu'elle reflète une certaine réalité sociale.

En conclusion, les quelques perspectives de recherche suivantes vont délimiter la thèse. Celle-ci n'entend évidemment pas relever la totalité des défis posés par la problématique, mais plutôt amorcer une action pour mieux les affronter.

- Il faudrait que les problématiques de la pauvreté et de la toxicomanie soient abordées comme une seule problématique pauvreté/toxicomanie. Celle-ci devrait être considérée et construite comme un seul objet de recherche. Cela permettrait, comme le fait remarquer Paugam (1998), « de construire un objet d'étude à la fois distinct des modes de pensée qui nourrissent spontanément le débat social – il ne peut y avoir de science sans distanciation et élaboration conceptuelle – et susceptible en même temps de le nourrir » (p.140). Cette approche pauvreté/toxicomanie devrait cependant tenir compte de la complexité respective de chacune des problématiques.
- Pour bien construire l'objet de recherche pauvreté/toxicomanie, les notions de précarité et d'exclusion, et surtout celle des capacités, sont d'une grande utilité conceptuelle. Il s'agit de continuer sur cette voie. Ces notions permettent d'articuler la relation entre les deux phénomènes.
- Les sciences sociales ont peu abordé cette problématique pauvreté/ toxicomanie, peut-être parce qu'elle est jugée difficile, peu praticable ou peu utile pour apporter de nouveaux éclairages aux problèmes sociaux. Ce manque d'exploration de ce territoire est plutôt stimulant que rébarbatif. Il y a de nouvelles possibilités conceptuelles qui peuvent ouvrir de nouveaux chemins de réflexion et d'action.

- Le positionnement contextuel est important pour aborder cette question. Les relations entre la pauvreté et la toxicomanie ont été presque ignorées dans le débat social au Québec. La pauvreté a été étudiée en regard à la violence faite aux femmes, à la maladie mentale, au chômage, au décrochage, etc., mais pas en regard de la toxicomanie. Les travaux sur le sujet (principalement *Drug Use and Poverty*) viennent principalement du côté anglophone (surtout américain). Il semble temps d'aborder la problématique d'un point de vue québécois.
- Finalement, la problématique pauvreté/toxicomanie semble ouvrir une voie vers l'intervention. En comprenant mieux le phénomène, il sera plus facile d'imaginer et de construire des interventions qui cibleraient à la fois la pauvreté et la toxicomanie.

3.8 Ampleur des problématiques dans l'agglomération de Montréal

Les problématiques à l'étude s'articulent autour de la toxicomanie, du vieillissement et de la précarité socioéconomique dans l'agglomération de Montréal. L'ampleur de ces éléments dans la région montréalaise reste donc un enjeu important.

3.8.1 Toxicomanie et vieillissement de la population

L'agglomération de Montréal¹⁷ est composée de 16 municipalités, dont la ville de Montréal¹⁸ (voir annexe 1) et couvre un territoire de 499 km². Selon l'Institut de la statistique du Québec (ISQ, 2013), elle comptait 1 981 672 habitants en 2012, soit 24 % de la population de la province du Québec. Pour cette même année, l'âge moyen de la population était estimé à 40 ans. La pyramide des âges de l'agglomération de Montréal pour l'année 2011 indique que les individus âgés de 50 ans et plus étaient au nombre de 654 060 soit 34,7 % de la population totale (figure III. 1).

¹⁷ Le territoire de l'agglomération de Montréal équivaut à celui de l'île de Montréal (en plus de l'île Bizard, l'île des Sœurs, l'île Sainte-Hélène et l'île Notre-Dame).

¹⁸ La ville de Montréal comprend 19 arrondissements.

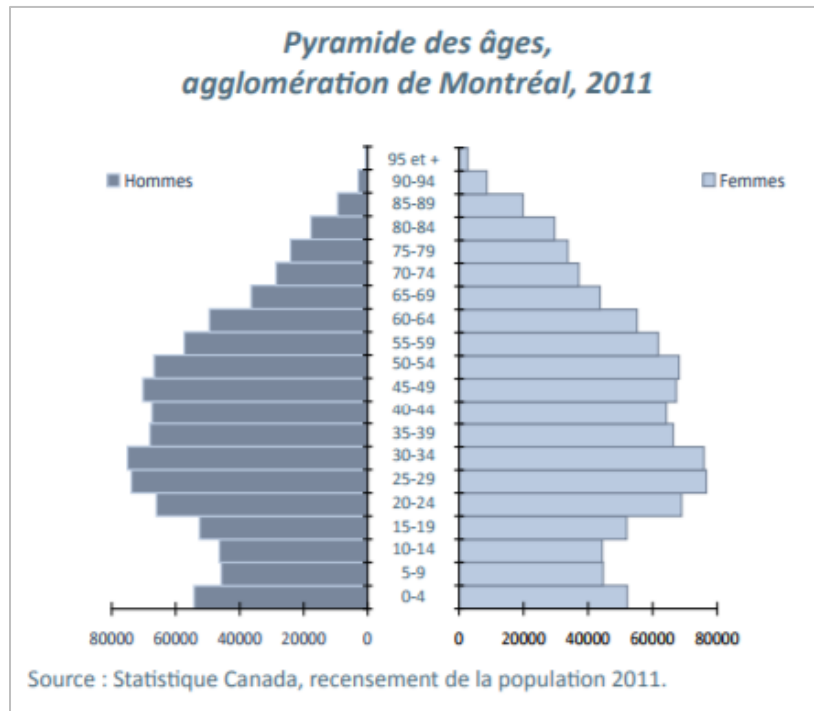


Figure III. 1. Pyramide des âges de population de l'agglomération de Montréal pour l'année 2011¹⁹

Comme dans la plupart des agglomérations des pays industrialisés, Montréal connaît un phénomène de vieillissement de sa population. L'indice de vieillissement démographique (IVD)²⁰ à Montréal était de 0,97 en 2011. Cet indice se situe sous le seuil d'équilibre ; ceci indique bien que la population est vieillissante. Par ailleurs, le poids des personnes âgées par rapport aux jeunes s'accroît graduellement depuis les trois dernières décennies du fait du recul du nombre d'enfants et de jeunes, de l'enrichissement de l'effectif de personnes âgées et de la progression de l'espérance de vie de la population. « En 1981, on comptait en effet près de 45 personnes de 65 ans et plus pour 100 jeunes de 0 à 19 ans dans l'agglomération de Montréal. En 2006, le ratio atteint 74 personnes

¹⁹ Ville de Montréal et ses arrondissements, villes liées ; 2011, http://ville.montreal.qc.ca/pls/portal/docs/page/MTL_STATS_FR/media/documents/pyramide_total_2011.PDF

²⁰ « L'indice de vieillissement démographique mesure le poids des jeunes sur les personnes âgées. Un ratio égal à 1 démontre un équilibre entre les enfants de 0 à 14 ans et les aînés de 65 ans et plus. Plus ce ratio est élevé, plus la population est jeune. À l'opposé, un ratio sous la valeur 1 indique que la population est vieillissante » (Ville de Montréal, 2013, p.12).

âgées pour 100 jeunes » (Ville de Montréal, 2011, p.51). Notons également que l'espérance de vie à la naissance continue de progresser dans l'ensemble de la province du Québec. Il était estimé à 81,3 ans à Montréal en 2009 (Cirano, 2013). Les prévisions de l'Institut de la statistique du Québec (ISQ) indiquent que l'on dénombrera près de 107 personnes de 65 ans et plus pour 100 jeunes dans l'agglomération de Montréal en 2031 (Ville de Montréal, 2011). La population de 75 ans sera celle qui prendra le plus d'expansion (Ville de Montréal).

Le vieillissement est un processus dynamique de changement et d'adaptation lié à la réalité de l'individu et à son environnement. Trois dimensions définissent généralement le vieillissement : biologique, psychologique et sociale (Mesure et Savidan, 2006). La dimension biologique du vieillissement affecte les capacités physiques de l'individu. Les personnes âgées sont ainsi, généralement, aux prises avec de nombreuses réalités quotidiennes comme les tâches ménagères, les soins personnels, le transport et le magasinage (Statistique Canada, 1999). « Dans des conditions optimales, on fixe habituellement à 75 ans le seuil auquel il est convenu de voir se manifester une plus grande vulnérabilité biologique » (CPLT, 2001 :3). La dimension psychologique du vieillissement affecte le niveau cognitif et agit sur la personnalité, l'attitude générale à l'égard de la vie et la capacité de porter un jugement et de prendre des décisions. « Dans des conditions optimales, on fixe habituellement à 85 ans le seuil auquel il est convenu de voir se manifester une plus grande vulnérabilité sur le plan cognitif » (ibidem). Enfin, la dimension sociale du vieillissement affecte le statut, les rôles et les relations sociaux de l'individu. « On a fixé arbitrairement à 65 ans, le seuil auquel il est convenu d'attribuer le qualificatif âgé à un individu » (ibidem).

Il est important de relever que le vieillissement se manifeste différemment d'un individu à l'autre et d'un contexte à l'autre. Ainsi, la chronicité de problèmes liés à l'usage de substances psychotropes conduit à un vieillissement précoce. Dans ce cas, « on convient de fixer à 55 ans le seuil d'inclusion d'individus dans des actions ou des interventions gérontologiques » (CPLT, 2001 :5). En effet, de longues années de toxicomanie accélèrent le processus de vieillissement de telle sorte que l'état de santé d'une personne toxicomane de 50 ans peut correspondre à celui d'une personne de 70 ou 80 ans non-consommatrice de drogue (Egli, 2008).

Le vieillissement modifie la réponse du corps humain à l'alcool et aux autres substances, c'est-à-dire la qualité et le taux d'absorption, de distribution et d'excrétion du produit consommé. La

personne âgée est marquée par la sévérité des complications somatiques, neurologiques, psychiatriques et sociales et la prise d'alcool prolongée contribue à accélérer le vieillissement et la déchéance physique et intellectuelle. Les personnes âgées sont plus susceptibles de devenir physiologiquement dépendantes des médicaments à potentiel addictif à cause des changements physiologiques associés à la vieillesse. C'est le cumul des facteurs de risque qui annonce la survenue des addictions et qui fait des individus âgés des candidats naturels aux addictions: la perte d'autonomie et la diminution des facultés d'adaptation physique et psychologique ; la présence concomitante de pathologies physiques graves et invalidantes (Collin, 2003). Les personnes âgées sont en général de grands consommateurs de médicaments, notamment antalgiques et psychotropes pour diminuer les douleurs ; la solitude et l'isolement avec l'importance des événements de vie douloureux comme le décès d'un proche et l'absence de relations affectives et sociales (Cohen, D. et Collin, J. (1997). Par ailleurs, « les consommateurs et consommatrices de drogues illégales vieillissent de plus en plus désormais, grâce aux traitements de substitution et à une meilleure prise en charge sanitaire. Cependant, lorsqu'ils deviennent invalides et nécessitent des soins, les offres adéquates font défaut »²¹. De ce fait, la problématique de consommation d'alcool et de drogues qui était préoccupante chez les jeunes le devient maintenant chez les aînés (Educ'alcool, 2006).

Selon Lauzon (2011), sur le plan médical, la toxicomanie est une maladie. Elle se caractérise par « une perte de contrôle de l'usage d'une ou de plusieurs substances et par des comportements persistants de dépendance » (Lauzon, 2011 : 5). Lorsque ces comportements persistent, ils entraînent des dérèglements du cerveau. Pour finir, la consommation de la substance acquiert la même priorité que la satisfaction des besoins de survie tels boire et manger. Selon une perspective biopsychosociale, « la dépendance se développe dans l'interaction entre la personne et ses motivations, le produit et l'environnement » (Cormier, 2003 :20). Dans ce sens, « la toxicomanie est une dépendance progressive qui entraîne des détériorations dans les diverses sphères de l'organisation de la vie » (Horizon 2000, 1991 :12). Les toxicomanes compromettent leur équilibre psychologique et social. Ils perdent les liens avec leurs proches et leur famille pour s'enfoncer dans la marginalité et l'isolement social. La qualité de vie des communautés est également affectée par la criminalité rattachée à la toxicomanie (CPLT, 1996).

²¹ <http://www.infodrog.ch/index.php/vieillissement.html>, consulté le 20 décembre 2013.

Au Canada, la consommation d'alcool et de drogues est importante dans tout le pays. Une étude du Comité permanent de lutte à la toxicomanie (CPLT) du ministère de la Santé et des Services sociaux du gouvernement du Québec relève que :

Au Canada, en 1994, une enquête nationale sur la consommation d'alcool et de drogues rapporte qu'un adulte sur 10 a déclaré avoir des problèmes de consommation (McKenzie & Single, 1997). De plus, selon cette enquête, 13 % de la population adulte aurait consommé des narcotiques (codéine, demerol, morphine) dans l'année précédant l'enquête ; 4,3 % des tranquillisants ; 4,5 % des somnifères ; et 3 % des antidépresseurs. En 1994, la consommation de drogues illicites a considérablement augmenté dans tout le pays, par rapport à 1993, celle du cannabis passant de 4,2 % à 7,4 % ; celle de la cocaïne passant de 0,3 % à 0,7 % ; et celle du LSD (diéthylamide de l'acide lysergique), du speed ou de l'héroïne passant de 0,3 % à 1,1 % (McKenzie & Single, 1997) [...] Les données de l'Enquête Santé Québec (ESQ), menée en 1992-1993, indiquent que 27 % des jeunes de 15 à 24 ans déclarent une consommation actuelle de drogues. Quatorze pour cent des hommes et 11 % des femmes âgées de plus de 15 ans déclarent une consommation actuelle de drogues, la marijuana étant la drogue la plus souvent consommée (Santé Québec, 1995a). En ce qui concerne la consommation d'alcool, les données de Santé Québec indiquent que, selon l'indice CAGE [...], 19 % des hommes et 7 % des femmes présenteraient un risque élevé de problèmes liés à la consommation d'alcool. Ce taux aurait augmenté de 3 % depuis l'enquête de 1987 (Santé Québec, 1995b). (CPLT, 1999, p. 10-11).

Pour l'agglomération de Montréal, en 2003, la prévalence de consommation d'alcool (avoir bu au moins une fois au cours de la dernière année) était de 81,7 % chez la population montréalaise de 15 ans et plus selon les données des enquêtes sur la santé dans les collectivités canadiennes. Le pourcentage de Montréalais à risque d'être dépendants à l'alcool pour cette même population était de 2 % en 2001 (CPLT, 2004). L'alcool est le psychotrope le plus fréquemment utilisé par les aînés et leur consommation tend à augmenter depuis une quinzaine d'années. « Au Canada, 11 % à 14 % des aînés dépassent la limite recommandée par les directives de consommation d'alcool à faible risque [...] il y a très peu de programmes de désintoxication et de traitements adaptés à la réalité particulière de ces personnes » (CQLD, 2011 :40). Pour la consommation de drogues, dans l'agglomération de Montréal, il faut noter que :

« Il n'existe pas de données de prévalence pour Montréal concernant l'usage des drogues dans la population en général. Les seules données de prévalence

disponibles concernant l'usage des drogues dans la population en général portent sur la population du Québec. Comme mentionné dans la dernière étude du Comité permanent de lutte à la toxicomanie portant sur l'épidémiologie des toxicomanies au Québec, un Québécois de 15 ans et plus sur six (17,4 %) a consommé de la drogue, incluant des drogues illicites et des médicaments psychotropes sans ordonnance, au cours des 12 derniers mois de 1998 (CPLT, 2004 : 13). »

Chez les Montréalais de 65 ans et plus, le pourcentage d'ordonnances de médicaments psychotropes occupe la quatrième place parmi tous les médicaments (CPLT, 2004). Une étude plus récente sur le portrait de l'environnement au Québec en matière de consommation et abus d'alcool et de drogues du Centre québécois de lutte aux dépendances (CQLD) relève qu'en 2010, 92,6 % des Québécois âgés de 15 ans et plus ont déjà consommé de l'alcool au cours de leur vie et 82,5 % en ont consommé au cours des 12 derniers mois précédant l'enquête. Cette étude relève également que les Québécois âgés de 15 à 24 ans sont les plus grands consommateurs actuels d'alcool, comparativement aux autres tranches d'âge. Selon l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), la prévalence de la dépendance à l'alcool était de 1,8 % en 2002 pour la province du Québec (CQLD, 2011).

L'Enquête Québécoise sur la Santé de la Population (EQSP), menée par l'ISQ, indique que 33 % des Québécois de 15 ans et plus ont déjà consommé des drogues au cours de leur vie (anciens consommateurs) et 13 % en ont consommé durant la période de référence de douze mois (consommateurs actuels). L'âge d'incitation à la consommation de drogues était de 13,4 ans en 2008. De plus, 38 % des Québécois âgés de 45 à 64 ans sont d'anciens consommateurs de drogues alors que 6 % de cette même tranche d'âge sont des consommateurs actuels. Dans la proportion des aînés de 65 ans et plus, 7 % sont d'anciens consommateurs de drogues et 1 % sont des consommateurs actuels (CQLD, 2011). La figure III. 2 présente les résultats obtenus en divisant, par tranche d'âge, les types de consommateurs.

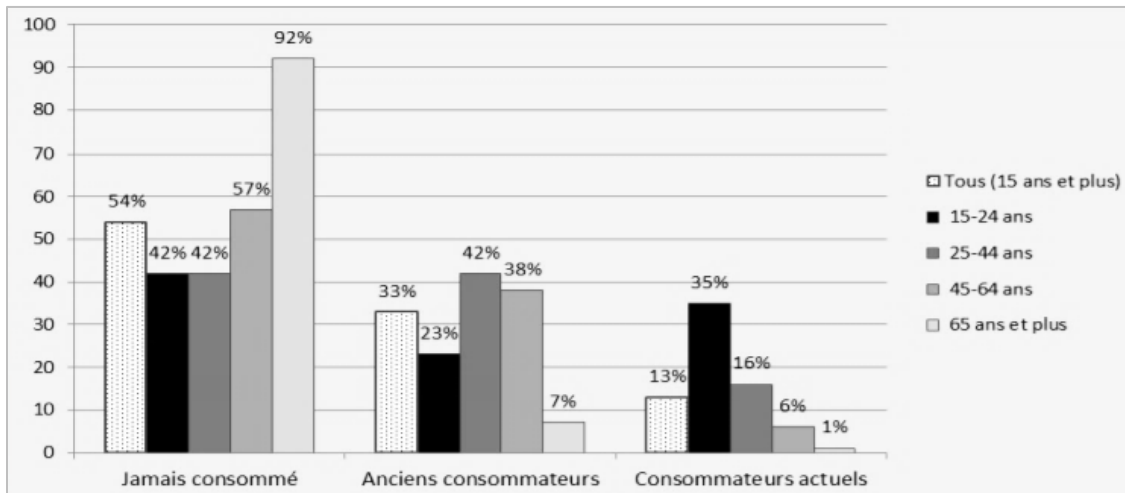


Figure III. 2. Les consommateurs de drogues de la population de 15 ans et plus au Québec en 2008 (source : CQLD, 2011)

Depuis 1995, le CPLT a pour mandat de conseiller le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) sur la situation de la toxicomanie au Québec. Le CPLT peut ainsi attirer l'attention du ministre quant à l'évolution de la consommation et de ses conséquences et à l'émergence de nouveaux problèmes ; il peut aussi le conseiller quant aux interventions et aux orientations à privilégier. Le CPLT peut commander des études sur des thèmes précis et ses publications alimentent les intervenants et les décideurs aussi bien que le grand public.

Les personnes toxicomanes en situation de précarité ciblées par notre recherche sont les personnes vieillissantes. Il existe quelques spécificités en rapport avec la consommation de drogues et d'alcool chez les aînés (CPLT, 2001). Toutefois, la population sur laquelle nous nous penchons est plus spécifiquement les toxicomanes qui ont été actifs une bonne partie de leur vie ou qui sont vieillissants et qui consomment depuis au moins une dizaine d'années. La toxicomanie ayant été leur mode de vie depuis longtemps, la consommation de substances et la précarité s'ajoutent aux dimensions inhérentes au processus global de vieillissement – biologique, psychologique, social et spirituel (CPLT, 2001).

3.8.2 Précarité socioéconomique dans l'agglomération de Montréal

L'agglomération de Montréal constitue un élément important de l'économie de la province du Québec. Elle abrite près du quart des habitants et génère plus du tiers du produit intérieur brut (PIB) de la province. Le taux de croissance du PIB de l'agglomération de Montréal est évalué à 1,2 % pour l'année 2012, portant ainsi à un peu plus de 110 milliards de dollars la valeur totale du PIB montréalais et à 55 724 dollars le PIB par habitant (Ville de Montréal, 2013). Le mode de vie urbain de l'agglomération de Montréal offre une concentration d'opportunités, mais également plusieurs obstacles. Ceci fait que la population est également aux prises avec la précarité socioéconomique qui peut se définir comme :

L'absence d'une ou plusieurs des sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales, et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut-être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle conduit à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle devient persistante, qu'elle compromet les chances de réassumer des responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-même, dans un avenir prévisible²².

Le concept de précarité a surtout été utilisé au Québec pour décrire la situation des jeunes au moment de la crise de l'emploi des décennies 1970 et 1980. Il a parfois contribué, par son attribution à l'ensemble des jeunes, à laisser les plus vulnérables dans l'ombre et à amplifier l'effet du travail atypique sur l'avenir de toute une génération. Un usage plus modéré du concept s'est imposé progressivement en présence de faits plus justement vérifiés. La définition de la précarité implique que tous les besoins fondamentaux de la personne soient satisfaits : besoins nutritionnels, affectifs, sanitaires, sociaux, etc. Une étude réalisée par les regroupements d'OC montréalais en 2013 a permis d'établir un portrait global des besoins et des réalités de la population montréalaise. Cinq types de besoins touchant des populations spécifiques ont ainsi pu être répertoriés : les besoins de base, les besoins liés aux caractéristiques démographiques, les besoins des populations marginalisées, les besoins des personnes membres des communautés ethnoculturelles et issues de l'immigration et, finalement, les besoins en santé. Ces besoins peuvent être cumulatifs chez une même personne.

²² <http://www.joseph-wresinski.org/Grande-pauvrete-et-precarite,141.html>, consulté le 25 janvier 2014.

Les principaux besoins de base que doit combler chaque Montréalais sont : le revenu, le transport, l'alimentation et le logement. Ces besoins essentiels à combler sont également de puissants déterminants de la santé. En effet, ils influent sur le contexte dans lequel évoluent les individus, contexte qui va déterminer grandement leur état de santé et de bien-être. En ce qui concerne le revenu, il faut dire que l'agglomération de Montréal présente une grande proportion de personnes démunies, soit 22,8 %. Ces personnes vivent sous le seuil du faible revenu et bénéficient de l'aide sociale. En 2013, elles étaient estimées à près de 340 000 personnes. Cette situation s'explique en partie par des paramètres de l'emploi défavorables (chômage, personnes inactives, travail à temps partiel, etc. En matière d'habitation, les deux tiers de la population montréalaise sont locataires et plusieurs personnes présentent des besoins impérieux de logement de plus grande taille, salubre et abordable. Le nombre de logements montréalais qui nécessite des réparations est estimé à 78 000 et le coût du logement est supérieur à celui des autres provinces. La moitié des locataires paient plus de 30 % de leur revenu pour se loger. La population de Montréal compte plusieurs personnes seules (38 %) et plusieurs familles monoparentales (29 %). Les personnes âgées de 75 ans et plus représentent 15,7 % de la population ; 35,9 % de ces personnes vivent seules et 53,3 % d'entre elles vivent sous le seuil de faible revenu. Notons enfin que l'agglomération de Montréal en tant que milieu urbain constitue un pôle d'attraction pour les populations marginalisées en raison d'une situation d'itinérance, de consommation ou de comportements à risque (RACOR, 2013). Le tableau III. 1 décrit les territoires des centres de santé et de services sociaux (CSSS) montréalais en lien avec l'indice de défavorisation²³.

La toxicomanie s'accompagne de problèmes concomitants comme la précarité. Le toxicomane est amené à déboursier d'importantes sommes d'argent pour satisfaire sa dépendance. Ceci finit par entraîner des problèmes financiers . De plus, rappelons que les toxicomanes compromettent leur équilibre psychologique et social en perdant les liens avec leurs proches et leur famille pour s'enfoncer dans la marginalité et l'isolement social. Le terme capacités (Sen, 2000), vu précédemment, est ici utilisé pour mieux comprendre la précarité des toxicomanes. Dans un

²³ L'indice est un Indice de défavorisation matérielle et sociale (aussi appelé « Indice Pampalon »). Il est construit à partir de six indicateurs : la proportion de personnes de 15 ans et plus sans certificat ou diplôme d'études secondaires ; le ratio emploi/population chez les 15 ans et plus ; le revenu moyen des personnes de 15 ans et plus ; la proportion de personnes de 15 ans et plus vivant seules dans leur domicile ; la proportion de personnes de 15 ans et plus séparées, divorcées ou veuves ; la proportion de familles monoparentales. Cf. *Valider un indice de défavorisation en santé publique : un exercice complexe*, illustré par l'indice québécois —MCBC : VOL. 34, NO. 1, février 2014 .

contexte de précarité, les capacités sont réduites. Le processus de précarité combiné à la toxicomanie place l'individu dans une situation de « déficit de capacités » : il est peu apte à fonctionner dans les « capacités » de base de sa vie personnelle et, aussi et surtout, incapable de fonctionner dans une structure sociale.

Tableau III. 1. Indice de défavorisation des territoires de CSSS montréalais

Source : Racor (2013, p.101)

CSSS	Population totale (2006)	Nombre de personnes défavorisation sociale mais pas matérielles	Nombre de personnes défavorisation matérielle mais pas sociale	Nombre de personnes défavorisation matérielle et sociale	Nombre d'organismes répondants
Ouest-de-l'Île	200 609	23 394	6 858	6 036	15
Dorval-Lachine-LaSalle	128 152	31 189	26 752	17 181	15
Sud-Ouest-Verdun	132 919	33 786	27 146	46 054	22
Cavendish	113 041	27 288	11 641	12 404	8
De la Montagne	207 170	45 565	62 756	17 852	30
Bordeaux-Cartierville – St-Laurent	128 084	9 973	48 313	10 437	9
Ahuntsic-Montréal-Nord	156 226	33 356	47 083	42 627	23
Cœur-de-l'Île	104 685	48 434	15 624	23 429	30
Jeanne-Mance	128 242	70 948	12 357	19 012	74
St-Léonard-St-Michel	124 085	4 660	82 175	17 804	12
Lucille-Teasdale	162 852	59 837	15 736	49 694	40
Pointe-de-l'Île	184 164	30 546	57 446	27 283	17
Total	1 770 229	418 976	413 887	289 813	295

Une étude réalisée en 2003 pour le compte de l'Union européenne révèle que les facteurs socioéconomiques liés à l'usage de drogues sont : un faible niveau d'étude, une sortie précoce du système scolaire, un abandon précoce de la scolarité, le chômage, une faible rémunération, un travail difficile, de faibles revenus et l'endettement, la précarité du logement, la situation de sans-abri, la mortalité et les maladies liées à la drogue, un accès réduit aux soins et la stigmatisation sociale (voir figure III. 3).

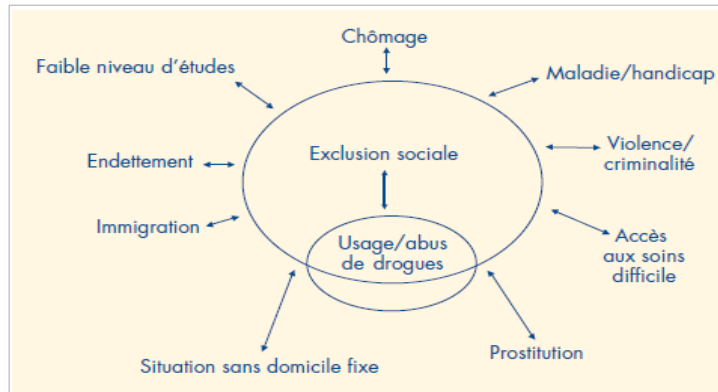


Figure III. 3. Facteurs socioéconomiques liés à l'usage de drogues

Source : Union européenne (2003, p.65)

Il ressort également de cette étude que la situation sociale des toxicomanes varie en fonction de la substance et des modèles de consommation de drogues. Les situations sociales les plus difficiles auraient été relevées chez les héroïnomanes, les usagers d'opiacés et les toxicomanes chroniques. Un pourcentage de 47 % des patients à l'étude ne sont jamais allés à l'école ou n'ont achevé que leur scolarité primaire. Les usagers de drogues rencontrent également des difficultés liées à leur situation professionnelle ; leur taux de chômage est très élevé comparativement à celui de la population générale (47 % chez les patients traités pour toxicomanie contre 8,2 % dans la population en général). Il est difficile pour les toxicomanes de trouver un emploi et il est rare pour eux de conserver longtemps un poste ou de progresser dans une carrière. La précarité de l'emploi entraîne un revenu faible chez les toxicomanes ou tout simplement un manque de ressources financières. De 32 % à 77 % des patients à l'étude survivent grâce aux aides sociales. L'endettement est également fréquent. Les conditions de vie des usagers de drogues sont réputées très modestes : 10 % des patients à l'étude vivent dans un logement précaire et 7,5 % dans un établissement. Il existe une bonne proportion de sans-abri chez les toxicomanes (jusqu'à 29 %). Les usagers de drogues trouvent souvent difficile l'accès aux soins (répugnance à traiter avec les services, faible niveau d'études, manque d'acceptation de la part des services médicaux généraux, problèmes de santé spécifiques pour lesquels on ne dispose pas toujours de soins appropriés, etc.). Enfin, les usagers de drogues souffrent d'une image sociale négative et peuvent être confrontés à l'hostilité de la population générale et des autorités. Il arrive également que les usagers de drogues

soient victimes de violences et de mauvais traitements de la part des agents de police ou d'autres fonctionnaires.

En combinant la précarité socioéconomique des toxicomanes aux aspects incapacitants liés au processus du vieillissement, et en reprenant l'idée des capacités, on se retrouve avec une situation où la perte des capacités est ainsi augmentée et le dysfonctionnement social est plus grand, ceci d'autant que cette privation des capacités est accompagnée d'une diminution dans la perception de la temporalité (Griner-Abraham, 2011) En somme, le changement est difficile pour ces personnes.

3.9 En bref

Il existe une relation complexe entre la pauvreté et la toxicomanie. Les deux phénomènes ne sont pas la cause exclusive l'une de l'autre. Ils représentent des phénomènes multidimensionnels : les causalités doivent être cherchées en dehors de cette relation directe et stricte. Les individus se trouvant dans la population marginalisée sont les plus susceptibles de développer des problèmes de toxicomanie. La pauvreté et la toxicomanie ont un point commun, le manque de revenus ou de capacités. Au cours de différentes époques historiques et avec l'évolution correspondante de la société, les deux phénomènes ont changé de forme et ont fini par émerger dans leur forme actuelle principalement à cause de la démocratisation des phénomènes et du contexte de la modernité.

Les interactions entre l'individu et son contexte proche autant que le contexte plus large peuvent expliquer la précarité d'une personne et son basculement dans la pauvreté et la toxicomanie.

Dans son rapport avec la précarité et la pauvreté, l'exclusion est la fin du processus : elle est une situation où, ne pouvant plus participer aux échanges consuméristes à cause du manque de revenus, les individus se retrouvent également en retrait des rapports sociaux.

La précarité et l'exclusion peuvent être des points de rencontre dans la problématique pauvreté et toxicomanie. Celle dernière s'accompagne souvent, pour ne pas dire presque toujours, de problèmes concomitants. Elle est souvent reliée à la précarité.

Le vieillissement démographique est une infaillibilité liée à une augmentation sans précédent de l'espérance de vie depuis les années 1970. L'ensemble des progrès réalisés dans différents domaines, notamment en santé, explique un accroissement de la proportion des personnes âgées de

plus de 60 ans dans la population générale. Le Canada connaît un vieillissement marqué de sa population : environ un quart de celle-ci aura au moins 65 ans d'ici à 2050.

La personne âgée est marquée par la sévérité des complications somatiques, neurologiques, psychiatriques et sociales. Les individus âgés sont plus susceptibles de devenir physiologiquement dépendants des médicaments à potentiel addictif à cause des changements physiologiques associés à la vieillesse. C'est le cumul des facteurs de risque qui annonce la survenue des addictions et qui fait des individus âgés des candidats naturels aux addictions.

Les personnes toxicomanes vieillissantes qui présentent une dépendance aux substances psychoactives entrent plus vite que les personnes non-consommatrices des substances dans le processus du vieillissement, puisque les substances psychotropes qu'ils ont consommées contribuent à accélérer leur vieillissement et leur déchéance physique et intellectuelle.

Le déni du problème de consommation par les usagers eux-mêmes, leur manque d'ouverture à en parler ouvertement par peur du jugement ou refus du service, le manque d'expertise des intervenants du communautaire à propos de la problématique et, surtout, le manque de services spécifiques et programmes appropriés autres que thérapeutiques offerts à cette clientèle, rendent difficile le soutien des personnes toxicomanes vieillissantes par les intervenants des OC.

La toxicomanie, quoique de façon différente de la pauvreté, peut entraîner également un « déficit de capacités ». Les personnes toxicomanes n'ont souvent plus les possibilités physiques et mentales, et même environnementales, pour être capables de choisir librement des états ou des actions qui pourraient déterminer son accomplissement.

La pauvreté associée à la toxicomanie crée un « déficit de capacités » en rapport avec l'environnement d'un individu. Dans cette optique, ce n'est plus la pauvreté et la toxicomanie comme état qui crée une fracture sociale, mais c'est plutôt la difficulté de participer aux interactions sociales qui engendre cette rupture d'un individu avec ses groupes d'appartenance proches ou larges. Lorsque le vieillissement est pris en compte, ces conditions ne font qu'empirer.

CHAPITRE 4 - CADRE MÉTHODOLOGIQUE

4. 1 Introduction

Ce chapitre est consacré à la description du cadre méthodologique utilisé pour la réalisation de l'enquête du terrain ainsi que du processus analytique des données recueillies. D'abord, une brève description des méthodes de recherche est présentée. Par la suite, les sections sur les populations à l'étude ainsi que les outils d'étude sont développés. En dernier lieu, les étapes de l'exploration et de l'analyse des données sont décrites.

La figure IV. 1 illustre chaque étape du processus de l'étude exploratoire et analytique.

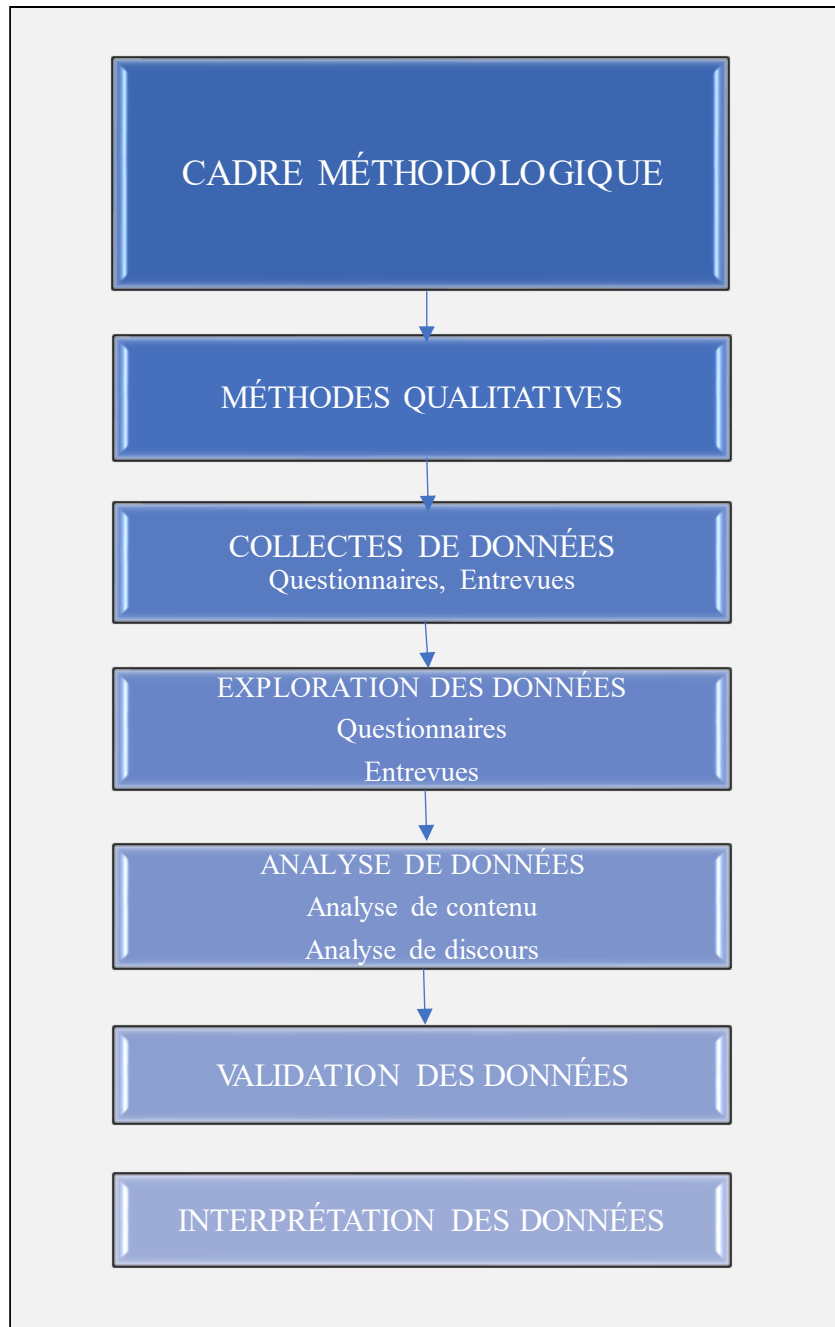


Figure IV. 1. Schéma du cadre méthodologique utilisé pour cette étude

4. 2 Méthodes qualitatives de recherche

Puisque l'objectif de cette recherche est de développer une connaissance et une compréhension des problématiques propres aux personnes TVP et aux OC offrant leurs services à cette clientèle, et ce,

par les opinions et les perceptions des enquêtés participant à l'étude, la méthode privilégiée est de type qualitatif.

Les méthodes qualitatives sont un ensemble de techniques d'investigation qui renseigne le chercheur sur les comportements et les perceptions des personnes. Ces méthodes produisent et analysent des données comme les paroles et les écritures, mais aussi les comportements observables des personnes. Elles cherchent à comprendre comment les acteurs pensent, parlent et agissent et elles le font en rapport avec un contexte ou une situation (Dumez, 2011).

À l'aide de ces méthodes, cette recherche va donc pouvoir documenter des phénomènes sociaux identifiés dans leur contexte actuel de fonctionnement que sont les OC. De plus, les méthodes qualitatives sont également privilégiées, car elles semblent pertinentes pour comprendre le vécu des toxicomanes et la nature des relations qu'ils entretiennent avec les OC en ce qui a trait aux services et programmes offerts.

4.2.1 Populations à l'étude

Étant donné que cette recherche a pour but de connaître les profils des OC de Montréal et comprendre les services qu'ils offrent en rapport avec les besoins et les attentes des personnes TVP, la première population à l'étude que nous ciblons est celle des OC de Montréal. Afin de pouvoir connaître les caractéristiques générales des personnes TVP fréquentant les OC de Montréal et comprendre comment les personnes TVP perçoivent les services reçus, dans quelles circonstances elles les utilisent et comment elles s'y adaptent, il est nécessaire de cibler aussi une deuxième population, donc celle de la clientèle TVP.

Notre démarche de recrutement de participants a débuté en 2016. Dans un premier temps nous avons dressé un inventaire des OC de Montréal offrant de l'aide en hébergement, de l'aide alimentaire et vestimentaire, des activités de socialisation etc... à des personnes adultes et âgées, souffrant de problématiques psychosociales. La sélection de ces OC devait refléter une diversité de points de vue, sous la problématique de la recherche. Une fois le choix établi, nous avons plus de 30 OC participants. Cependant il y a eu quelques ratés en cours de route, où plusieurs intervenants ou cadres se sont retirés du projet vu leur manque de temps. Nous avons donc terminé avec 14 OC

participants. Ceux-ci ont aussi collaboré en nous référant des usagers qui les fréquentaient et qui seraient ouverts à une participation collaborative. Nous espérons un peu un effet boule-de-neige, puisqu'au fur et à mesure que les intervenants / gestionnaires des OC nous réfèrent des usagers, nous organisons des matins « café croissants » dans des salles de différents OC où nous invitons les usagers présents à inviter d'autres usagers, etc.

A l'été 2016, nous faisons une première distribution de 200 feuillets explicatifs aux usagers présents dans nos matins « café croissants ». Nous avons également distribué d'autres feuillets explicatifs aux intervenants de ces organismes. La première distribution de matins « café croissants » a été un franc succès avec un intérêt de 55 contacts, qui se disaient prêts à participer à notre recherche.

En octobre et novembre 2016, 200 feuillets explicatifs additionnels ont été distribués et encore des invitations aux matins « café croissants »... Nous avons eu à nouveau beaucoup de personnes présentes à ces rencontres et plusieurs ont exprimé également leur intérêt à participer à la recherche. Malheureusement au moment des suivis auprès de ces personnes intéressées, plusieurs ne répondaient pas à leur téléphone, ou ne retournaient pas notre appel, ou avaient quitté les OC pour être ailleurs ou simplement leur ligne téléphonique était débranchée. Finalement nous avons réussi quand même à recruter 16 participants qui ont contribué à la recherche jusqu'au bout.

Le processus de recrutement nous a donné l'occasion de discuter, de façon officieuse, avec plus de 80 personnes, outre les 16 usagers inscrits, pour connaître leur situation, leurs besoins, les OC fréquentés, leur vie en général. Ces conversations nous ont permis de colliger des notes très claires et pertinentes à la recherche. Mais puisqu'il n'y a eu aucune suite aux rencontres informelles, nous n'avons ni le consentement, ni les questionnaires remplis de leur part. Nous avons cependant pu établir un état de la situation pour constater que le discours et les réponses obtenues aux entrevues des 16 participants actifs reflétaient très bien le discours de toutes les autres personnes avec qui nous nous étions entretenus informellement, et ce même si elles n'avaient participé à la démarche.

Des verbatim ont été transcrits au cours de plusieurs des entrevues avec des participants de la recherche ainsi que par suite des conversations avec les autres participants qui n'ont pas complété le processus. Mais le but ultime de la recherche étant d'avoir des réponses sur les besoins des usagers face aux services des OC, la collecte de données s'est faite au moyen des questionnaires

qui ont été utilisés lors des entrevues. Ces entrevues officielles ont servi à de la collecte d'information dans le but de répertorier d'une part les attentes, les besoins des TVP et d'autre part les services offerts par les OC et ce toujours en lien avec les objectifs de la recherche.

4.2.2 Outils d'étude et collecte de données

4.2.2.1 Questionnaires de recherche

En ce qui concerne la collecte de données, dans une première étape, des questionnaires ont été élaborés afin de les utiliser lors du processus de l'entrevue ou de rencontre. Leur formulation a été établie dans le but de colliger des informations basées sur l'analyse des réponses aux questions concernant les profils des OC de la ville de Montréal et de leurs clientèles, leurs problématiques, leurs inquiétudes et leurs difficultés rencontrées face à une hausse de la toxicomanie, du vieillissement et de la précarité, et enfin, leurs suggestions et recommandations pour lutter contre la triple problématique : toxicomanie, vieillissement et précarité.

Puisque cette méthode de recherche cible deux populations : celle des OC et celle des usagers fréquentant ces organismes, deux questionnaires de (26 questions chacune) ont été élaborés (voir les Annexes). Deux populations ont été déterminées : la population qui représente les OC de la ville de Montréal composée de 14 personnes et la population « USAGERS » qui représente les TVP des OC de la ville de Montréal composé de 16 personnes. Toutes les caractéristiques prédéfinies des deux populations sont montrées dans le tableau IV. 1.

Questionnaires de recherche - OC

Les questions comprises dans ce questionnaire permettent d'interroger les personnes représentant la population OC au sujet des aspects suivants:

1. Profil des OC montréalais (objectifs, période d'activités des OC, secteur d'intervention, personnel, clientèle desservie, taille, taux de fréquence)
2. Problématiques des OC au soutien de la clientèle TVP (objectifs envers cette clientèle, % de la clientèle, besoins de la clientèle, services les plus demandés, services offerts, fréquence de la clientèle, impact des OC sur cette clientèle)

3. Opinions et perceptions des personnes représentant l'échantillon OC (besoins, satisfaction, points forts OC, points faibles OC, suggestions, recommandations)

Questionnaire de recherche - USAGERS

Ce questionnaire a été élaboré pour pouvoir documenter l'information sur ces niveaux:

1. Profil des usagers (âge, sexe, endroit de résidence, revenus, état civil)

Les questions de ce niveau visent à établir un profil social, économique et démographique des participants et en même temps, identifier leurs problématiques à caractère social.

2. Problèmes de santé des usagers (maladies mentales, maladies chroniques, consommation de substances licites et illicites)

Il s'agit ici de recueillir l'information relative à leur profil de santé physique et mentale, ainsi que leur profil de consommation de substances licites et illicites. La connaissance des problématiques à ce niveau est cruciale afin d'envisager des solutions non seulement pour la prévention médicale, mais aussi pour l'amélioration du système de gestion des OC.

3. Relation des usagers avec les OC (fréquentation, raisons de fréquentation, services reçus, appréciation, points forts/faibles)

À ce niveau, l'information attendue par les questions interrogées permet de comprendre la dynamique de la relation entre ces personnes et le milieu communautaire. Les personnes interrogées peuvent discuter librement de leurs ressentis, réactions et stratégies d'adaptation dans la relation avec les divers organismes qu'elles fréquentent ou ont fréquentés à un moment ou à un autre.

4. Opinions et perceptions des usagers (besoins, satisfaction, impact, attentes, suggestions, recommandations)

C'est en connaissant leurs vécus, leurs modes d'adaptation, leurs besoins et les valeurs qu'elles défendent, que l'on peut dégager un portrait significatif. Leur point de vue concerne leur trajectoire à l'égard des services reçus et demandés, les obstacles et les éléments facilitateurs dans leurs rapports avec ces services et la mise à jour des représentations qu'elles ont de ces diverses ressources.

Avant de passer à la deuxième étape des entrevues sur le terrain, un des OC a été choisi pour réaliser des essais pilotes. L'essai pilote permet de confirmer si la majeure partie de la grille est adéquate et s'il est nécessaire de changer quelques termes ou l'ordre des questions pour améliorer la compréhension de certaines questions par les participants à l'étude, ainsi que d'adapter quelques structures de phrases et mots afin qu'ils correspondent davantage au langage utilisé par ce milieu. Ces 69 essais pilote ont été conservés et insérés dans les populations finales. Si peu de modifications ont été apportées aux questionnaires, elles ont été validées pour les entrevues.

4.2.2.2 Participants à l'enquête du terrain

Les participants à l'enquête du terrain ou les populations de l'étude ont été recrutés en se basant sur un quota des caractéristiques prédéfinies. Ainsi, deux groupes de participants ou deux populations ont été sélectionnés : le groupe de 14 intervenants ou la population OC extraite de la population des OC de la ville de Montréal et le groupe de 16 usagers ou la population « usagers » extraite de la population des usagers TVP des OC de la ville de Montréal. Tous les critères d'inclusion des deux groupes sont montrés dans le tableau IV. 1.

Tableau IV. 1. Critères d'inclusion des populations de l'étude

OC	USAGERS
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Intervenant ou cadre d'OC ✓ Offrir des services directs aux usagers des OC ✓ Expérience plus que 6 mois dans un OC ✓ Ancienneté et connaissance approfondie de la problématique de la recherche 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Avoir 55 ans ou plus ✓ Consommer ou avoir consommé des psychotropes depuis plus de dix ans ✓ Être ou avoir été usager d'OC de la ville de Montréal ✓ Être en situation de précarité ✓ Comportement socialement acceptable ✓ Capacité physique et mentale de pouvoir supporté une entrevue de 20 à 40 minutes
Ressources émotives, intellectuelles et motivationnelles pour participer pleinement à la recherche	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Capacité de parler en français 	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Capacité de discourir facilement 	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Volontariat de participation 	

4.2.2.3 Entrevues

Le deuxième outil utilisé dans cette étude est l'entrevue. L'entrevue en recherche qualitative offre aux répondants un cadre qui leur permet d'exprimer leur compréhension d'un phénomène en utilisant leurs propres termes (Deslauriers, 1991). Les personnes peuvent ainsi donner leur point de vue beaucoup plus facilement avec leurs propres mots, ce qui facilite l'interaction entre enquêteur et l'utilisateur participant (à l'étude). En fait, les entrevues sont des techniques qui reposent sur une stratégie de recherche souple et interactive. Le chercheur peut poser différemment ses questions à différentes personnes, et même modifier la formulation des questions pour tenir compte d'autres aspects du phénomène étudié. Certaines questions de départ peuvent orienter les entrevues, mais l'intervieweur se doit de rester à l'écoute des récits de vie tout en gardant l'interviewé dans

le cadre de l'étude. L'entrevue vise à faire ressortir ce qui, dans la biographie de l'individu, est significatif pour l'objet d'étude (Lalive d'Épinay et al, 2005).

L'entrevue en tant qu'outil de collecte des données doit demeurer une mesure objective non destinée à orienter les propos des personnes interviewées. Il permet de dégager le vécu de la personne en évitant le plus possible les écueils inhérents à toute méthode.

Puisque des dimensions descriptives ont été choisies pour cette étude, la cueillette de données s'est donc faite à partir des entrevues individuelles orales, semi-dirigées et en face à face. Les réponses des personnes interrogées ont été inscrites intégralement directement sur les questionnaires et les spécificités du langage des sujets respectées, afin de conserver toutes les particularités du corpus et des observations.

Comme il a été mentionné précédemment, les questionnaires élaborés pour cette étude ont été administrés par l'enquêteur lors d'entrevues sur le terrain. Le schéma d'entrevue est composé de trois sections : la première partie aborde la dimension personnelle (qui, quand, quoi, comment) de la personne, la seconde celle des services offerts par l'organisme ou reçus par la personne et, la troisième, les opinions et perceptions de ces personnes. Le début de l'entrevue se compose de questions générales (essentiellement sociodémographiques). Ceci permet d'établir le contact avec les sujets à partir d'une série de questions moins délicates. Toutes les entrevues se sont déroulées sur une période de plusieurs mois dans chacun des organismes sélectionnés auprès des intervenants et des usagers.

Aspects éthiques de la recherche

L'éthique de la recherche est relative à l'ensemble des principes moraux ou des valeurs qui doivent guider le chercheur dans la conduite de sa recherche. Tout chercheur doit diriger sa recherche de façon éthique : il doit être honnête et intègre afin d'éviter tout préjudice aux participants à sa recherche. Au Canada, *L'Énoncé de politique des trois Conseils et les Standards du FRSQ* (Fonds de la Recherche en Santé du Québec) sur l'éthique de la recherche en santé humaine et l'intégrité scientifique constituent des guides de référence dans la conduite de la recherche selon les codes d'éthique. Ces codes sont axés sur le respect de la dignité humaine : le respect de l'intégrité de la personne et de ses droits de citoyen, le respect du consentement libre et éclairé, le respect des personnes vulnérables, le respect de la vie privée et des renseignements personnels, etc.

Les sujets de cette recherche sont informés de la nature de l'étude et de l'utilisation des résultats à des fins de recherche. Le consentement de ces derniers est libre et sans conséquence pour eux par la suite. Un formulaire de consentement est signé avant l'entretien avec la collaboration des intervenants afin de préserver l'anonymat en cas de refus. Le contenu des entretiens demeure confidentiel et les éléments qui permettraient d'identifier les sujets sont éliminés. Après la transcription du verbatim des entrevues sur informatique, tous les enregistrements sont détruits ainsi que les formulaires de consentement aussitôt la correction de cette recherche terminée.

Entrevues avec les intervenants (OC)

La sélection de ces OC participants reflète une diversité de points de vue sur la problématique de la recherche. Ces organismes sont indépendants les uns des autres et fonctionnent de façons assez diverses. Certains de ces organismes bénéficient de la présence permanente ou ponctuelle d'intervenants professionnels, tandis que d'autres sont composés seulement d'intervenants bénévoles et d'autres encore n'ont aucun intervenant, seulement du personnel administratif.

De l'inventaire réalisé dans la population des OC à l'étude, 14 OC ont été sélectionnés : Centre Communautaire St-Antoine, Cafeteria Multi-Caf, La Maison d'Aurore, Projet Genèse, Yellow door Elderly Project, Conseil des aînés(es) NDG, CSUQ, Groupe Harmonie interne, C.O.R.E., Groupe Harmonie intervention, Sac à Dos, AOP, Pas de la rue et Face à face.

Les entrevues ont été effectuées avec divers intervenants et gestionnaires des différents organismes sélectionnés sur la base de leur ancienneté et de leur connaissance approfondie de la problématique de la recherche. En commençant avec les organismes et intervenants, cela aide à compter sur leur collaboration en ce qui a trait aux entrevues avec les usagers de ces organismes. La nature sensible du phénomène fait qu'il est essentiel de développer une approche ciblée et adaptée à la nature de la question étudiée.

Chacun des quatorze intervenants des OC a été rencontré sur place. La durée d'une entrevue variait de 20 à 40 minutes. Le questionnaire de 26 questions élaboré pour les OC a été utilisé par le guide d'entrevue ou l'enquêteur (l'auteur de cette étude) lors de 14 entrevues. Il faut préciser que le questionnaire a été destiné seulement aux participants à l'étude.

Entrevues avec les usagers (USAGERS)

Au début, un contact téléphonique personnel a été établi avec les responsables des divers organismes ; ces derniers pouvaient nous diriger vers des usagers qui, selon eux, étaient plus ouverts à une participation collaborative. Deux méthodes de recrutement ont été établies soit une de référence par les OC et l'autre par bouche à oreilles entre usagers. Cette dernière approche, quelque peu boule de neige a été employée plus souvent que la référence par les OC. Nous avons également fait des invitations ouvertes des matins pour des pauses café et beignes dans diverses salles d'OC et autres et c'est lors de ces activités que plusieurs usagers nous présentaient d'autres usagers, etc.

Prenant en compte l'un des critères majeurs de cette étude concernant le volontariat de participation, nous nous sommes assurés que toutes les personnes participantes à notre recherche désiraient vraiment y participer, n'y étaient pas contraintes, et ce afin d'obtenir des réponses reflétant réellement leur vécu en toute liberté.

Les entrevues avec seize usagers, qui ont accepté de collaborer à cette étude et ont pris le temps de répondre au questionnaire, se sont déroulées dans divers lieux : cinq des usagers (dont une en libération conditionnelle) à l'organisme Multi-Caf, trois à l'organisme Programme Addiction Outreach, deux au MacDonald à proximité de l'organisme *Old Brewery Mission* qui s'est retirée du projet, deux (dont une en maison de transition) au Tim Horton sur Côte-des-Neiges à proximité du projet Genèse, deux à la cafétéria de l'immeuble qui abrite la Communauté Sépharade Unifiée du Québec et deux au *Yellow Door Elderly Project*.

Les entrevues semi-dirigées réalisées étaient aussi d'une durée de 20 à 40. Initialement, notre intention était de faire un enregistrement audio de toutes les entrevues avec l'autorisation des participants, mais ceci s'est avéré extrêmement difficile, car cela rendait les usagers très mal à l'aise et les intervenants, selon notre perception, plus hésitants et un peu méfiants. Les rencontres sont faites de façon individuelle et en privé ou, au besoin, à l'abri des regards. Pour faciliter l'analyse du matériel, les observations concernant le climat, les émotions et les particularités en lien avec le déroulement de l'entrevue sont consignées dans un cahier de notes après chaque entrevue.

Sur ces seize personnes participant à l'étude, treize d'entre elles discouaient facilement sur leur expérience au communautaire. Les trois autres personnes ont eu un peu de difficulté à élaborer leur

pensée sur le phénomène; les données issues de leurs entrevues ont été utilisées pour enrichir les résultats de l'analyse des données.

Les seize personnes interviewées âgées de cinquante-cinq ans et plus présentaient les ressources émotives, intellectuelles et motivationnelles pour participer pleinement à la recherche. Elles ne semblaient pas perturbées ou sous l'influence de psychotropes au moment de l'entrevue, avaient toutes un comportement socialement acceptable, parlaient français, pouvaient discourir facilement et leur état de santé leur permettait de supporter une entrevue de 20 à 40 minutes.

Récits de vie

Dans le cadre de cette étude mais également dans le cadre du travail d'intervenant psychosocial de l'auteur de cette recherche, il a été possible de recueillir plusieurs récits de vie racontés lors des diverses rencontres, autres que les entrevues semi-dirigées décrites précédemment.

Durant les rencontres réalisées, puisque nous voulions avoir les perceptions des participants et teinter le moins possible ses réponses, nous avons utilisé des questions ouvertes et les avons laissés raconter leurs histoires. En outre, les récits de vie recueillis nous ont permis de mieux comprendre les divers enjeux que peuvent vivre les personnes TVP dans le quotidien.

Parmi les nombreux récits, seulement trois ont été sélectionnés. Les trois histoires de type de cheminements d'individus évoquent les épreuves vécues par les personnes TVP. Les noms utilisés sont évidemment fictifs et les histoires visent à mieux cerner les diverses constructions de la réalité que ces individus se font de leurs diverses expériences de vie.

4.2.3 Exploration et caractérisation des données

L'exploration des données a été initiée par les lectures préliminaires et l'élaboration d'une liste d'énoncés. Cette étape a consisté en la lecture de l'ensemble de questionnaires. Ceci permet de distinguer les premières catégories à concevoir, s'il y a lieu, et d'organiser la suite du travail (L'Écuyer, 1987).

Les procédures ouvertes ont permis d'explorer l'ensemble du matériel au regard de ses caractéristiques spécifiques. La catégorisation est ainsi réalisée par unité de sens, le thème étant retenu comme unité d'analyse (L'Écuyer, 1987). L'analyse est un « inter sujet », car elle vise à faire ressortir les propriétés communes en minimisant le plus possible les particularités. En somme,

les entrevues sont examinées dans leur ensemble en fonction des thèmes de recherche plutôt que dans leurs spécificités (Deslauriers, 1987). Cette étape permet donc d'établir le sens recherché.

Le travail effectué lors de cette étape a consisté à regrouper des énoncés pour lesquels les sens sont similaires. Pour certains éléments, il a été possible de la faire, mais pour d'autres non, compte tenu de la diversité des réponses obtenues.

4.2.4 Analyse des données

La méthode d'analyse des informations utilisée dans cette recherche est l'analyse de contenu. Cette méthode permet de mettre en relief le sens des mots et leur signification pour saisir le contenu manifeste, c'est-à-dire les propos qui seront tenus par les sujets (L'Écuyer, 1987). Ces propos peuvent être énumérés comme suit :

1. Le principal aspect de l'analyse est qualitatif. Les questions fermées sont utilisées pour l'analyse contextuelle. Elles servent à placer le contexte socioéconomique et psychologique dans lequel les personnes ont vécu leur problématique de toxicomanie et de précarité.
2. Les questions ouvertes sont traitées par la méthode d'analyse de contenu et d'analyse du discours. Ces méthodes servent à faire ressortir des points saillants qui reviennent dans une majorité d'entrevues.
3. Il est aussi question de recourir à une approche interdisciplinaire. Différentes disciplines des sciences humaines servent à l'analyse.
4. La procédure d'analyse est déterminée selon ce qui ressort du développement de la problématique, du cadre théorique choisi et de la façon dont est construit le guide d'entretien.

4.2.4.1 Cadre d'analyse qualitative

L'élaboration d'un cadre d'analyse permet de concrétiser l'objet de la recherche à l'aide de concepts opératoires. L'objet de cette recherche porte sur les pratiques des OC en termes de modalités organisationnelles et de modes d'intervention face au vieillissement et à la précarité des personnes toxicomanes. Cet objet est opérationnalisé selon deux grandes dimensions : la satisfaction des besoins des individus et le changement social (figure IV. 2).

D'autre part, un examen des OC qui ont comme objectif d'apporter des solutions aux problèmes sociaux est entrepris, l'objectif étant de tenir compte des acteurs en présence dans ce type d'organisme communautaire et d'approfondir les interactions qui les relient entre eux. Le cadre d'analyse se pose sur les éléments suivants : la communauté, les OC, le personnel et les usagers.



Figure IV. 2. Le cadre d'analyse qualitative de la recherche

Ces points de repère constituent la « paire de lunettes » servant à scruter la réalité et l'état actuel des services dispensés dans les quelques OC que nous aurons sélectionnés. À ce titre, ce cadre conceptuel d'analyse se veut plus utile parce qu'il tente de reconnaître toute leur valeur aux contributions distinctes de chacun, au maintien et à l'amélioration de l'organisme communautaire. Chacune des contributions respectives est sous-tendue par une rationalité différente, en ce sens que nous avons « une conception qui repose sur le postulat que le comportement des individus et des collectivités est rationnel » (Daudelin, 1980, p.10). L'effort qui est tenté avec ce cadre vise à clarifier le sens et la valeur de l'implication et la participation de chacun des acteurs mentionnés. Nous postulons qu'une meilleure connaissance des apports réels des acteurs en cause nous aidera à mieux comprendre l'ensemble du fonctionnement des OC et à proposer des solutions plus appropriées à des décideurs. Ce cadre et les concepts déjà présentés auxquels il se réfère pour expliciter les rapports entre les acteurs se situent aux frontières du modèle d'analyse de la lutte des classes développée par l'approche marxiste et du modèle de l'analyse stratégique des OC, tel que développé par Michel Crozier (1977).

Pour chacun des éléments du cadre d'analyse, les questions suivantes serviront d'indicateurs principaux :

- a) La communauté, c'est-à-dire l'ensemble des citoyens, usagers potentiels ou actuels dans un milieu donné : quelle place l'organisme communautaire lui fait-elle ? Quels rôles jouent les usagers et les bénévoles ?
- b) Le personnel employé par l'organisme communautaire : quelle est sa motivation ? Quels sont ses apports et son rôle ? Quels liens entretient-il avec les autres acteurs ? Comment ses tâches sont-elles aménagées pour donner le service prévu ?
- c) L'organisme communautaire : quel est son style de gestion ? Comment fait-il référence aux besoins exprimés ? Quelles actions suscite-t-il dans son milieu ? Quelle est sa taille ? Quels sont ses liens avec les trois autres acteurs ?

4.2.4.2 Description du processus analytique

Les questionnaires et toute information relative à ces questionnaires recueillie lors des entrevues ont été fouillés, traités et structurés en forme de tableaux de manière à mieux visualiser l'information.

De chaque question de questionnaire, une information-clé a été extraite afin de définir les variables à étudier. Ainsi, sur 26 questions du questionnaire OC, 26 variables ont été obtenues. De même pour le questionnaire usagers. Donc, pour la population OC, 26 variables et la population usagers, 26 variables, également.

Les réponses aux questions de chaque usager de l'enquête ont été traitées comme observations. Le total des observations correspond au nombre des personnes interviewées ou à la taille de la population. Il faut noter que les réponses obtenues par chaque observation peuvent se répéter ou être similaires. Ceci est expliqué par le fait qu'il peut y avoir les mêmes réponses à une seule question ou autrement dit, deux personnes ou plus peuvent donner la même réponse. Étant donné que les questions (variables) et les réponses (observations) sont assez longues pour être traitées en tant que telles, il fut nécessaire de les synthétiser ou de trouver des mots-clés pour les représenter. Dans le cas des réponses, des mots-clés similaires ont été trouvés pour pouvoir effectuer une catégorisation. Les catégories de réponses (observations) ont été par la suite mesurées, ce qui

signifie que les observations à l'aide des formules mathématiques sur Excel ont été comptées pour chaque variable et chaque population. Les totaux des observations ont été aussi calculés.

4.3 Données sociodémographiques des usagers

Tableau IV.2 : Données sociodémographiques des usagers

Âge	55-59 ans	60 ans +			
Femmes	1	3			
Hommes	9	3			
État civil	Célibataire	Marié	Divorcé	Veuf/veuve	
	4	2	9	1	
Aspect financier	Avec revenus	Sans revenus	Aide sociale	Revenus Pension	
	8	6	1	1	
Nombre pathologies santé mentale	0	1	2	3	4
	1	3	6	4	2
Nombre maladies chroniques	0	1	2	3	4
	10	2	3	1	0
Consommation Alcool	0-2 verres/jour	3-5 verres/jour	6-8 verres/jour		
	9	2	5		
Consommation Drogues licites/illicites	Non consommateur	Ex- consommateur	Consommateur Cannabis	Consommateur licites/illicites	
	7	3	2	4	
Fumeurs	Non-fumeur	1/2 paquet/jour	1 paquet + /jour		
	9	1	6		

Légende : Catégories # d'usagers

Les usagers âgés de 55 à 59 ans s'avèrent les plus nombreux de la population usagers et il est intéressant de démontrer le degré de significativité de cette différence entre les catégories de l'âge des usagers.

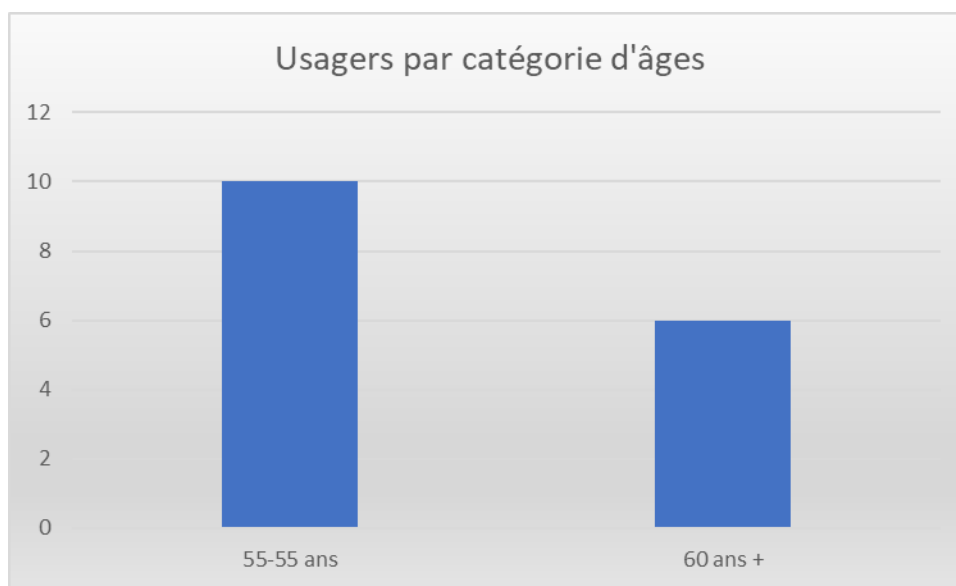


Figure IV. 3. Répartition des usagers selon la catégorie d'âge

Sur 16 usagers, 12 sont des hommes et 4 des femmes.

La catégorie d'usagers divorcés représente le plus grand nombre de fréquences soit 9. Les célibataires se positionnent après et sont au nombre de 4, suivi de 2 usagers mariés et 1 veuf/veuve.

Quant à l'aspect financier, les usagers avec revenus sont au nombre de 10 personnes. Ainsi seulement près de deux personnes sur trois de la population à l'étude disposent des ressources minimales financières pour subvenir à leurs besoins et 6 usagers ne disposent d'aucun revenu ou autre ressource financière.

Les allocations de pension et de l'aide sociale sont considérées comme des ressources financières, de ce fait elles sont incluses dans la catégorie « avec revenus ».

4.3.1 Problèmes de santé et consommation des substances

4.3.1.1 Maladies mentales

Un usager révélait n'avoir aucun problème de santé mentale, tous les autres usagers interviewés avouaient avoir divers problèmes de santé mentale. Dépression, détresse psychologique, anxiété, schizophrénie, troubles bipolaires, troubles psychotiques, stress, dépendance, agressivité sont parmi les pathologies dont les 15 usagers souffrent le plus.

Ainsi selon les réponses de chaque usager, il a résulté que le nombre de pathologies varie de 0 à 4 par usager. Les usagers ayant 2 pathologies, au nombre de 6, sont les plus nombreux, 4 usagers vivent avec 3 pathologies, suivi après par 3 usagers ayant 1 pathologie, 2 usagers aux prises avec 4 pathologies et un seul usager n'a aucune pathologie.

4.3.1.2 Maladies chroniques

Les usagers semblent avoir moins de problèmes en ce qui concerne les maladies chroniques. Les résultats d'analyse sur les fréquences d'occurrence montrent que le plus grand nombre des usagers ne souffre d'aucune pathologie chronique. 6 usagers confient avoir différentes pathologies chroniques telles que : trouble obsessionnel compulsif (TOC), cancer, asthme, hypertension, arthrite, diabète, accident cardiovasculaire ACV et troubles du foie

4.3.1.3 Consommation de substances psychotropes

La majorité des usagers, soit 9, consomment de 0 à 2 verres d'alcool par jour, ce qui est considéré à la norme, tandis que deux usagers consomment de 3 à 5 verres par jour et 5 usagers consomment de 6 à 8 verres d'alcool par jour. Ce dernier groupe d'usagers est estimé comme étant le plus problématique au sujet de la consommation d'alcool.

Quant à la consommation des drogues licites ou illicites, seulement un usager sur quatre dit avoir une consommation problématique et ce surtout à cause d'un usage régulier d'un mélange de psychotropes. Pour ce qui est des autres usagers, deux consomment seulement du cannabis. 3 usagers étaient des consommateurs dans le passé et 7 ne consomment aucune drogue psychotrope.

Il est important de mentionner ici que bon nombre d'entre eux sont de grands consommateurs de médicaments pour lesquels ils ont développé une dépendance, et dont l'information n'a pas été divulguée. Ce sont plutôt les intervenants qui nous ont transmis cette information.

En ce qui concerne la consommation du tabac, les résultats montrent que 7 usagers seulement sont des fumeurs, dont la presque totalité fument 1 paquet et plus par jour.

4.4 Résultats d'analyse

L'étude de recherche effectuée a permis de dresser un profil général de seize usagers constituant la population usagers. Selon ce profil, les seize représentants de la population des usagers TVP qui fréquentent les OC de Montréal sont âgés de 55 à 74 ans. Le groupe d'âge de 55-59 ans présente le plus grand nombre des usagers. La différence entre les nombres d'usagers selon les groupes d'âge semble être significative pour représenter la population des usagers TVP. Quant au grand écart entre le nombre d'hommes (3) et le nombre de femmes (1) observé dans les usagers participant de cette étude, il ne s'avère pas significatif pour représenter la population des usagers TVP. En ce qui concerne l'état civil des usagers de la population de cette étude, les divorcés, au nombre de 9, sont les plus nombreux. Les usagers avec revenus sont en plus grand nombre que ceux sans revenus. Cette différence observée dans les usagers participant à cette étude n'est pas significative pour représenter la population des usagers TVP.

16 usagers révèlent avoir divers problèmes de santé mentale, qui se présentent entre une et quatre pathologies. Deux pathologies sont présentes chez le plus grand nombre d'usagers TVP.

La différence de distribution du nombre de pathologies en santé mentale ne s'avère pas non plus significative pour être représentative dans la population. Que cette différence soit significative ou non, il est important de souligner que le résultat du grand nombre d'usagers souffrant des maladies mentales peut suffire pour témoigner d'un problème très inquiétant caractérisant les usagers TVP qui fréquentent les OC montréalais.

En plus de leurs problèmes de santé mentale, 6 usagers présentent aussi jusqu'à 4 différentes pathologies chroniques.

7 usagers consomment de l'alcool au-dessus de la norme alors que les usagers consommant des drogues sont au nombre de 6. Les différences entre les usagers selon les catégories de l'alcool et de drogues ne s'avèrent pas significatives pour représenter la population des usagers TVP.

En ce qui concerne la consommation du tabac, 7 usagers sont fumeurs. Il semble que la différence entre le nombre d'usagers selon les catégories de consommation du tabac soit significative pour représenter la population des usagers TVP.

Des résultats de cette étude, il ressort que plus de la moyenne des usagers interviewés sont des hommes âgés de 55 à 59 ans, présentant tous d'une à quatre pathologies en santé mentale. C'est le même groupe d'hommes âgés de 55 à 59 ans, qui représente le nombre plus élevé des usagers divorcés, des usagers ayant des revenus, des usagers souffrant de deux pathologies chroniques, des usagers fumeurs, des usagers consommant de l'alcool au-dessus de la normale et des usagers consommant des drogues. Ce groupe d'âge en étant significativement représentatif de la population des usagers TVP, devrait être au centre de l'attention de la communauté et des structures sociales et institutionnelles. C'est justement dans cette tranche d'âge qu'un usager de drogues peut être considéré comme vieillissant. En effet, la consommation de longue durée accélère le processus de vieillissement notamment au niveau physique. En outre, les usagers toxicomanes vieillissants présentent, pour la majorité d'entre eux, des comorbidités physiques et psychiques. En plus des problèmes de santé, ces comorbidités engendrent, dans de nombreux cas, une perte de motivation ainsi qu'une forme d'épuisement. C'est pourquoi, presque tous les usagers participant dans cette étude présentent des problèmes de santé mentale, et le nombre plus élevé des usagers souffrant des maladies mentales et physiques est notamment observé dans le groupe d'âge 55-59 ans.

4.5 Relations entre les caractéristiques des usagers

Dans la section précédente, les résultats de analyses ont été discutés afin d'interpréter et valider les résultats sur la distribution des usagers au regard de leurs caractéristiques respectives. Il serait intéressant d'en savoir davantage sur ce que l'on peut conclure au regard de la population des usagers fréquentant les OC montréalais à partir de la relation entre les caractéristiques identifiant la population usagers. Au total, trente-six paires de caractéristiques (tableaux croisés) ont été analysées. Les effectifs théoriques en connaissant les effectifs observés (fréquences) déjà présentés dans les sections précédentes, ont été aussi calculés. Les résultats d'analyse révèlent pour la plupart

des paires un niveau élevé d'erreurs dû à la petite taille de la population ainsi qu'au grand nombre de catégories pour certaines caractéristiques. Dans les paragraphes qui suivent, seulement les résultats d'analyse sur les relations Âge – Drogues, Sexe – Aspect financier et Sexe – Quantité cigarettes vont être présentés. Ce sont les seules paires de caractéristiques qui présentent des résultats non biaisés selon certaines méthodes d'estimation.

4.5.1 Sexe - Aspect financier

La relation entre les usagers femmes et les usagers hommes en fonction de leur situation financière, c'est-à-dire avec ou sans revenus, est illustrée dans la figure VI.14. Tel que montré dans cette figure, les hommes se présentent plus nombreux que les femmes dans les deux catégories d'aspect financier: sans et avec revenus.

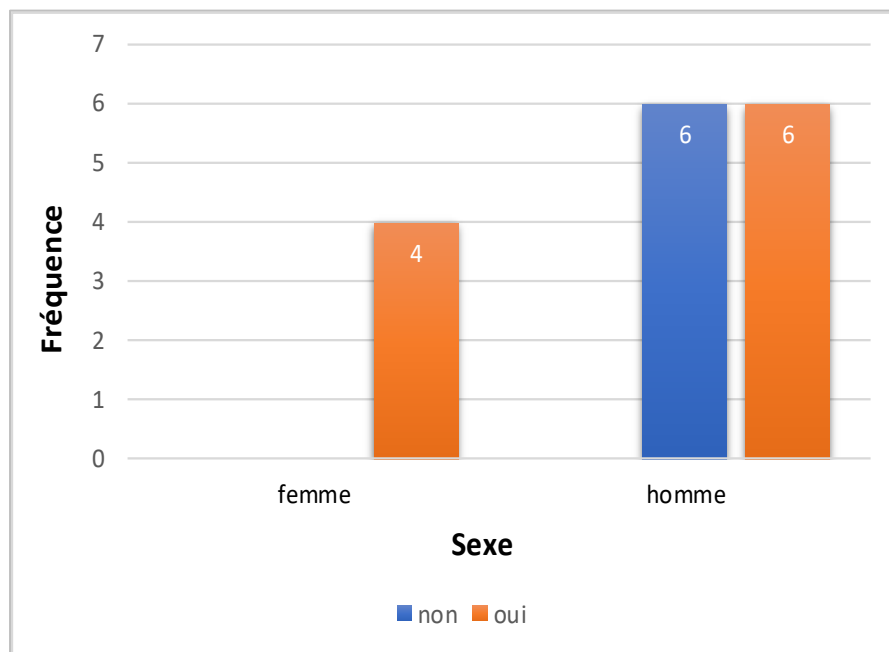


Figure IV. 4. Relation entre variables « Aspect financier » et « Sexe »

4.5.2 Sexe - Consommation de cigarettes

Le nombre des usagers femmes consommant 0 cigarettes/jour, ½ paquet de cigarette/jour et 1 paquet et plus de cigarettes/jour et le nombre des hommes consommant 0 cigarettes/jour, ½ paquet de cigarettes/jour et 1 paquet et plus de cigarettes/jour sont illustrées dans la figure IV.5. Les femmes de la population usagers s'avèrent des non-fumeuses, alors que les hommes s'avèrent plus de la moitié, des fumeurs.

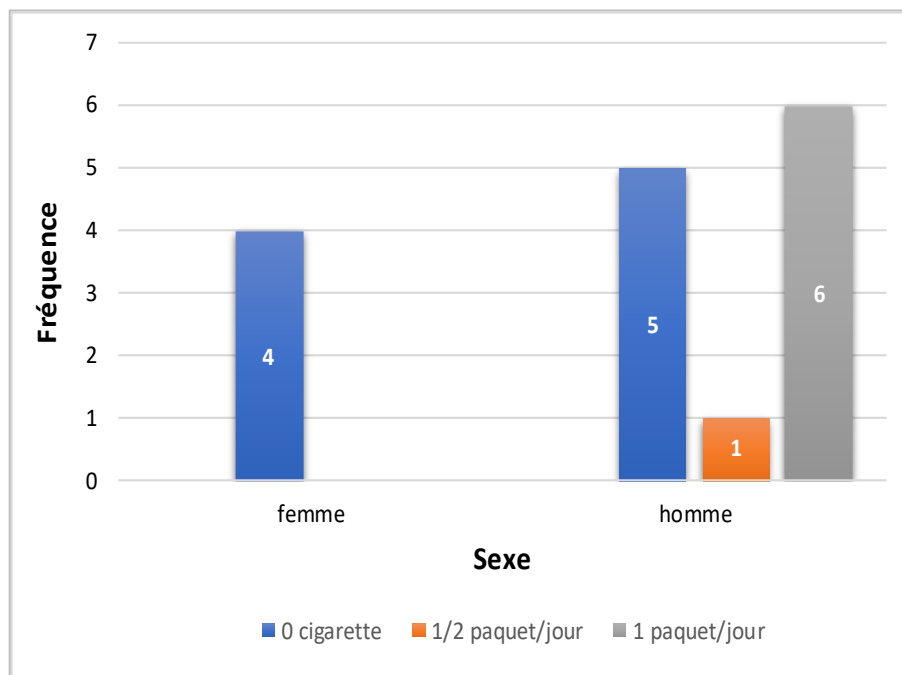


Figure IV. 5. Relation entre les variables « Sexe » et « Quantité de cigarettes »

7

4.5.3 Âge - Consommation de drogues

Les usagers du groupe d'âge 55-59, étant les plus nombreux dans la population usagers, semblent être les plus nombreux aussi au sujet de la consommation et non consommation des drogues. L'autre groupe d'âge 60 ans et plus ne présente aucune habitude de consommation des drogues.

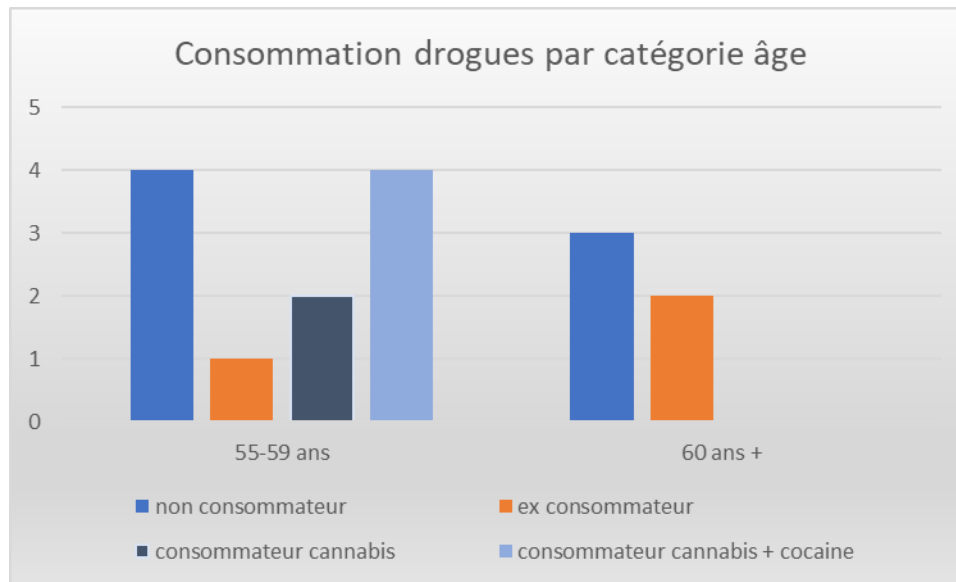


Figure IV. 6. Relation entre les variables « Âge » et « Drogues »

4.5.4 Résultats d'analyse

L'analyse de relation entre les paramètres de l'étude permet d'évaluer l'existence des relations entre : *i.* les caractéristiques des usagers : âge (55-59, 60 ans plus), sexe (homme, femme), état civil (célibataire, marié, divorcé et veuf), aspect financier (avec revenus, sans revenus) et les nombres de maladies mentales et physiques (0 pathologie, 1 pathologie, 2 pathologies, 3 pathologies et 4 pathologies); *ii.* les caractéristiques des usagers : âge (55-59, 60 ans et plus), sexe (homme, femme), état civil (célibataire, marié, divorcé et veuf), aspect financier (avec revenus, sans revenus) et les consommations de substances : alcool (0-2 verres/jour, 3-5 verres, 6-8 verres/jour), drogues (non-consommateur, ex-consommateur, consommateur cannabis, consommateur psychotropes, tabac (0 paquet/jour, ½ paquet/jour, 1 paquet/jour) et *iii.* les caractéristiques d'usagers elles-mêmes.

La petite taille de la population à l'étude ainsi que le nombre élevé des catégories pour certaines variables (le nombre des pathologies en santé mentale et chroniques) ont influé sur les résultats qui n'ont pas indiqué l'existence de relations entre plusieurs variables étudiées.

4.6 En bref

La méthode privilégiée de cette recherche est de type qualitatif. À l'aide des points de vue et des perceptions des enquêtés participant à l'étude, elle permet de développer une connaissance et une compréhension des problématiques propres aux personnes TVP et aux OC offrant leurs services à cette clientèle.

Les populations à l'étude sont les OC de Montréal et leur clientèle TVP. Deux groupes de participants à l'étude (ou populations) ont été extraits de ces deux populations : le groupe des 14 intervenants des OC de la ville de Montréal qui représente la population (OC) et le groupe de 16 usagers TVP représentant la population (USAGERS).

L'ancienneté et la connaissance approfondie de la problématique de cette recherche fut le critère base pour la sélection des 14 intervenants des OC, tandis que pour les 16 usagers : avoir 55 ans ou plus, être consommateurs ou ex-consommateurs des psychotropes depuis plus de dix ans, être ou avoir été usager d'OC de la ville de Montréal et en situation de précarité, furent parmi les principaux critères de sélection.

Pour la collecte de données, deux outils ont été utilisés : les questionnaires et les entrevues. Les deux questionnaires de 26 questions chacun ont été élaborés afin de les utiliser lors du processus de l'entrevue ou de rencontre. Leur formulation a été établie dans le but de collecter d'informations basées sur l'analyse des réponses des personnes interrogées.

Toutes les entrevues de type semi-dirigé et d'une durée de 20 à 45 minutes se sont déroulées durant une période de plusieurs mois. Les entrevues avec les 14 intervenants des OC ont eu lieu dans les locaux des organismes suivant : Centre Communautaire St-Antoine, Cafeteria Multi-Caf, La Maison d'Aurore, Projet Genèse, Yellow door Elderly Project, Conseil des aînés(es) NDG, CSUQ, Groupe Harmonie interne, C.O.R.E., Groupe Harmonie intervention, Sac à Dos, AOP, Pas de la rue et Face à face. Quant aux entrevues avec seize usagers, elles se sont déroulées dans divers lieux : Multi-Caf, Programme Addiction Outreach, MacDonald à proximité de l'organisme *Old Brewery Mission*, Tim Horton sur Côte-des-Neiges à proximité du projet Genèse, cafétéria de l'immeuble de la Communauté Sépharade Unifiée du Québec et *Yellow Door Elderly Project*.

L'exploration des données a été initiée par les lectures préliminaires et l'élaboration d'une liste d'énoncés. Les questionnaires et toute information relative à ces questionnaires recueillie des

entrevues ont été fouillés, traités et structurés en forme de tableaux de manière qu'une base de données soit créée.

L'analyse qualitative de contenu a permis de mettre en relief le sens des mots et leur signification pour saisir le contenu manifeste. Les statistiques descriptives pour les deux populations de cette étude, basées sur l'information recueillie des entrevues, ont permis de définir les profils des OC et des usagers en fonction d'effectifs calculés de leurs caractéristiques.

CHAPITRE 5 - RÉSULTATS ET DISCUSSIONS - ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

5.1 Introduction

Le présent chapitre traite les résultats des analyses effectuées sur les réponses issues des entrevues avec les représentants des quatorze OC (population OC).

C'est à travers les résultats obtenus et les discussions qui en découlent que nous prenons connaissance du fonctionnement et du rôle des OC à l'égard de la clientèle visée par l'étude.

Les analyses effectuées comportent trois volets : le profil des OC, un aperçu des problématiques au sein de 14 organismes ainsi que la perception des intervenants sélectionnés sur ces problématiques .

5.2 Profil des organismes communautaires

5.2.1 Période d'activités

Les 14 organismes montréalais participant à cette étude exercent leurs activités depuis bon nombre d'années. Le nombre d'années d'existence de ces organismes varie de 13 ans pour l'organisme le plus récent, Programme Addiction Outreach, à 115 ans pour le plus ancien, Yellow Door Elderly Project.

La plupart des OC ont débuté leurs activités dans la période marquée par la redéfinition du rôle de l'État (au milieu des années 80). Ce fut un moment crucial pour le milieu communautaire qui a été sollicité pour participer à l'émergence de nouveaux partenariats avec différents acteurs sociaux dans le but de structurer des modèles de développement social et économique qui soient en mesure de répondre aux besoins urgents de la population ainsi que de contribuer à la prise en charge des ressources par les communautés locales.

Tableau V. 1. Années d'existence des OC montréalais

NOM	Âge
Programme Addiction Outreach	13
Sac à Dos	17
Pas de la rue	22
C.O.R.E.	28
Cafeteria Multi-Caf	31
Groupe Harmonie intervention	36
Face à face	37
Projet Genèse	40
Conseil des aînés(es) NDG	41
La Maison d'Aurore	43
Centre Communautaire St-Antoine	50
Comité Sépharade Unifiée du Québec	55
Yellow Door Elderly Project	115

5.2.2 Personnel et clientèle

Sur 14 OC choisis pour cette étude, 6 OC desservent une clientèle toxicomane, vieillissante et précaire (TVP), 5 à une clientèle vieillissante et précaire (VP), 2 à une clientèle vieillissante seulement (V) et 1 à une clientèle toxicomane et vieillissante (TV). D'après la figure V. 1, tous les 14 OC s'adressent donc à une clientèle vieillissante (V).

Les organismes mettent à la disposition de leurs clientèles un nombre d'intervenants variant de 2 à 13 intervenants. L'organisme qui emploie le plus grand nombre d'intervenants est Projet Genèse avec 13 intervenants, et celui qui emploie le plus petit nombre d'intervenants est Face à Face. Trois

organismes, Cafétéria Multi-Caf, Conseil des Aîné(e)s NDG et Communauté Sépharade Unifiée du Québec, emploient chacun 12 intervenants. La figure V.2 présente la répartition par ordre décroissant du nombre des intervenants pour chaque OC.

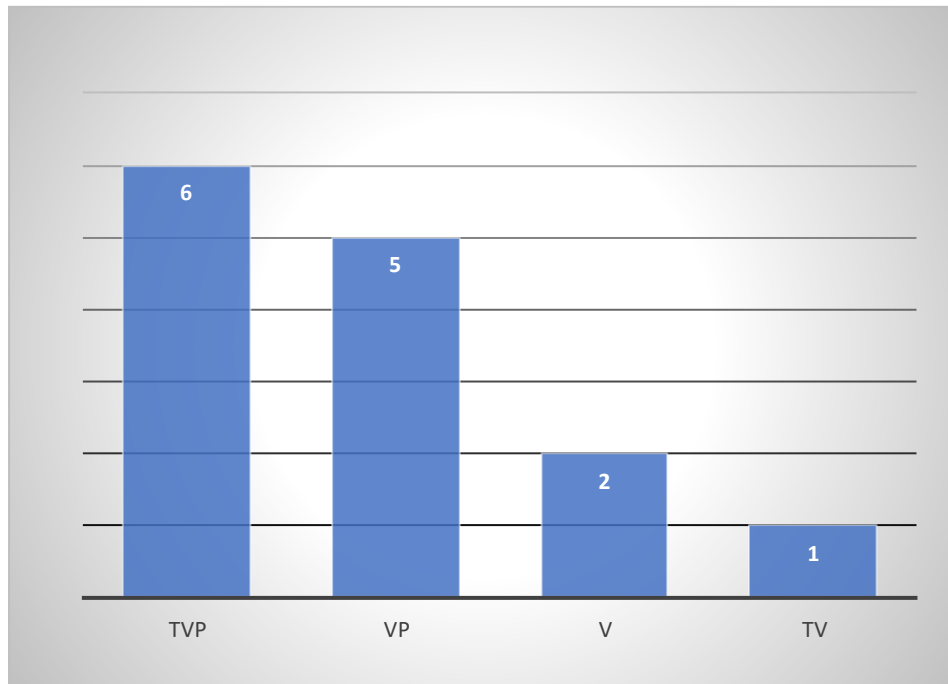


Figure V. 1. Nombre des OC par clientèle desservie

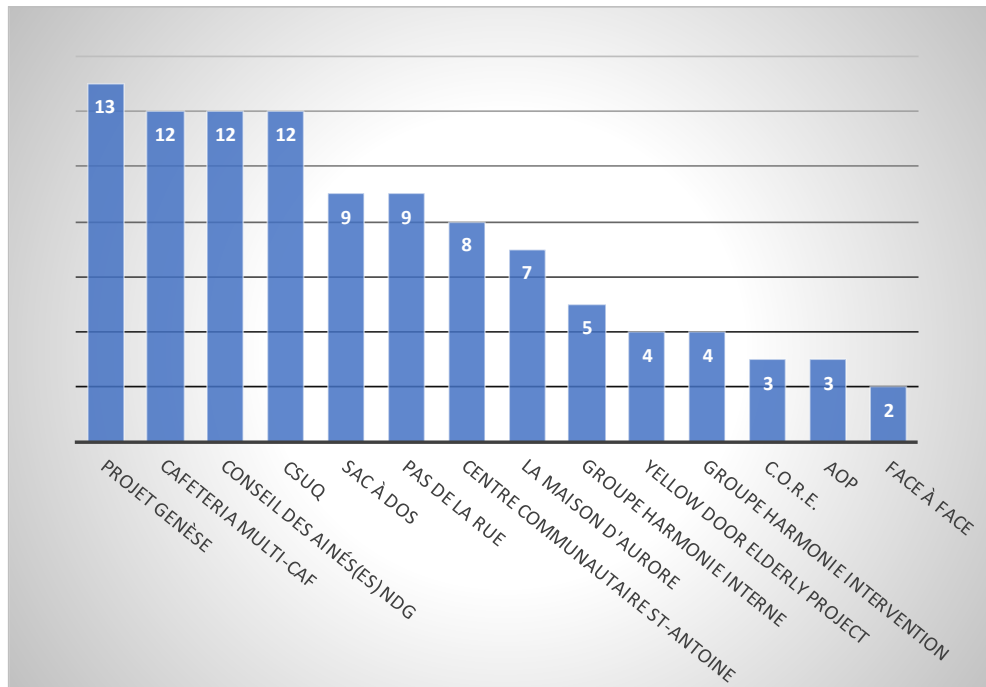


Figure V. 2. Nombre des intervenants par OC

Comme en témoignent les graphiques, certains organismes se distinguent des autres par leur plus grand nombre d'intervenants. Le nombre d'intervenants d'un OC peut dépendre de plusieurs facteurs : la mission de l'OC, la diversité des services offerts, la localisation, la population du quartier, la situation économique des habitants du quartier, etc. Par exemple, Projet Genèse qui compte le plus grand nombre d'intervenants et qui dessert à une clientèle vieillissante en précarité est situé à Côte-des-Neiges, le quartier le plus peuplé et le plus culturellement diversifié de Montréal où de nombreux résidents vivent en dessous du seuil de pauvreté.

Est-ce que le type de clientèle desservie peut être aussi un facteur ? En nous basant sur les données concernant les types de clientèle qui fréquentent les 14 organismes de l'étude et le nombre des intervenants qui desservent ces types de clientèle (tableau V. 2), nous avons essayé de savoir si le nombre des intervenants est associé au type de clientèle. Il est à noter que pour avoir une présentation plus légère, les données qualitatives concernant le type de clientèle sont transformées en données numériques en leur attribuant un code (TVP = 1; TV = 2; VP = 3; V = 4).

Tableau V. 2. Type de clientèle et nombre d'intervenants employés par OC

NOM OC	Type clientèle	Nb. Intervenants
Groupe Harmonie interne	TVP	5
C.O.R.E.	TVP	3
Groupe Harmonie intervention	TVP	4
Sac à Dos	TVP	9
Programme Addiction Outreach	TVP	3
Face à face	TVP	2
Cafeteria Multi-Caf	TV	12
Centre Communautaire St-Antoine	VP	8
La Maison d'Aurore	VP	7
Projet Genèse	VP	13
Communauté Sépharade Unifiée du Québec	VP	12
Pas de la rue	VP	9
Yellow Door Elderly Project	V	4
Conseil des aînés(es) NDG	V	12

Le tableau V.2 illustre la significativité de la relation entre le type de clientèle et le nombre d'intervenants. Cet indice nous montre que le nombre des intervenants des OC peut être établi en fonction du type de la clientèle fréquenté et que, pour une certaine catégorie de clientèle, il faudrait peut-être regarder en perspective l'engagement d'un plus grand nombre d'intervenants.

Quant aux fonctions des intervenants dans les OC, elles sont également diversifiées :

- Coordinatrice au soutien communautaire
- Coordinatrice pour les activités
- Coordinateur des bénévoles

- Coordonnateur de collectes de fonds
- Gestionnaire de projet
- Conseiller individuel ; intervention individuelle
- Organisateur d'activités ou de programmes
- Responsable du programme de nourriture
- Responsable d'information sur la citoyenneté
- Intervenante en toxicomanie
- Organismes communautaires
- Thérapie individuelle et de groupe
- Intervenants de milieu
- Animation de groupes d'entraide et d'ateliers
- Travailleur social ; intervenant social pour réfugiés et immigrants
- Intervention de rue
- Transport pour les visites aux médecins
- Responsable d'événements spéciaux
- Écoute active en ligne
- Stagiaires

Douze organismes bénéficient de l'aide de bénévoles pour réaliser leurs activités et services. Huit OC peuvent fonctionner avec moins de dix bénévoles tandis que l'organisme Pas de la Rue peut en utiliser des douzaines ; l'organisme Groupe Harmonie Interne bénéficie de l'aide d'une trentaine et les organismes La Maison d'Aurore et le Centre Communautaire St. Antoine sont entourés des centaines de bénévoles pour effectuer les tâches auprès de la population (figure V.3).

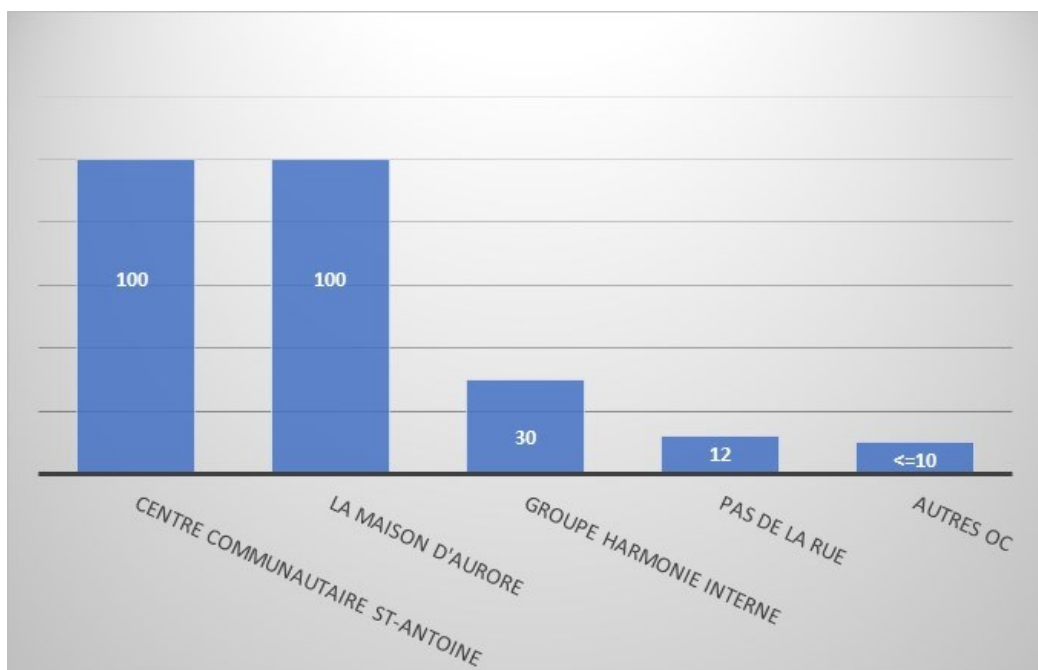


Figure V. 3. Nombre de bénévoles par OC

L'expérience de ces bénévoles, tout comme celle des intervenants des OC, couvre un large éventail. La majorité des personnes possèdent de l'expérience dans l'un ou l'autre champ d'intervention : types de clientèle, types de problématique, gérontologie, organisation d'activités, transport, entraide, santé mentale, écoute active, violence; cependant cette expérience est parfois faible. L'expérience est aussi différente d'un OC à l'autre. Un seul organisme, spécialisé dans l'entraide pour les personnes âgées, ne possède pas d'expertise spécifique chez son personnel.

Dans les paragraphes précédents, il a été mentionné que tous les organismes de cette étude desservent une clientèle vieillissante et certains d'entre eux des clientèles toxicomanes en précarité. Mais quel est le pourcentage de la clientèle toxicomane, vieillissante et en précarité qui fréquente chacun de ces organismes? L'information recueillie par les réponses des intervenants est analysée et illustrée graphiquement dans la figure V.4.

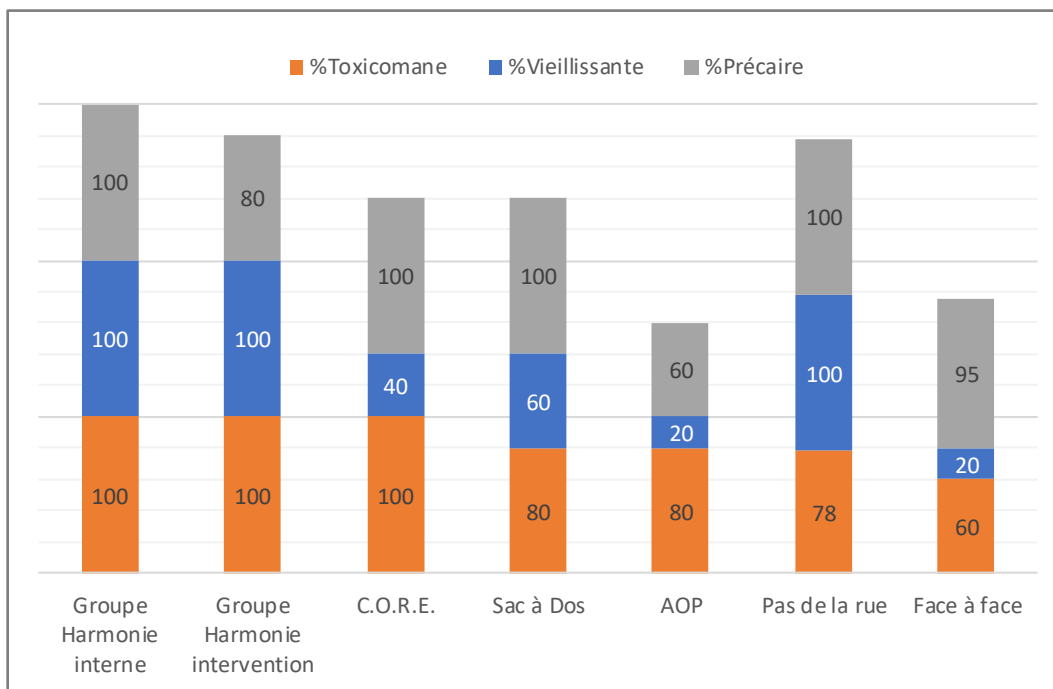


Figure V. 4. Pourcentage de la clientèle toxicomane vieillissante précaire par OC

Sur 14 organismes, 7 organismes desservent à une clientèle de triple problématique toxicomanie, vieillissement, précarité. Il est intéressant d'indiquer que l'organisme Groupe Harmonie Interne est le seul organisme desservant à 100% une clientèle entièrement touchée par cette problématique. L'organisme Groupe Harmonie Intervention est fréquenté par un même pourcentage de clientèle toxicomane et vieillissante, mais par un pourcentage moins élevé de clientèle précaire (80%). L'organisme Pas de la Rue pour sa part, est fréquenté par une clientèle 100% vieillissante et précaire et 60% toxicomane. Il faut noter que cet organisme dessert une clientèle toxicomane malgré le fait que sa cible est une clientèle vieillissante en précarité (VP). Selon l'intervenant interviewé, la mission de l'organisme vise à répondre aux besoins de la clientèle, quel que soit son profil. S'il y a des cas qui ne sont pas admissibles aux services offerts, l'organisme leur trouve d'autres ressources.

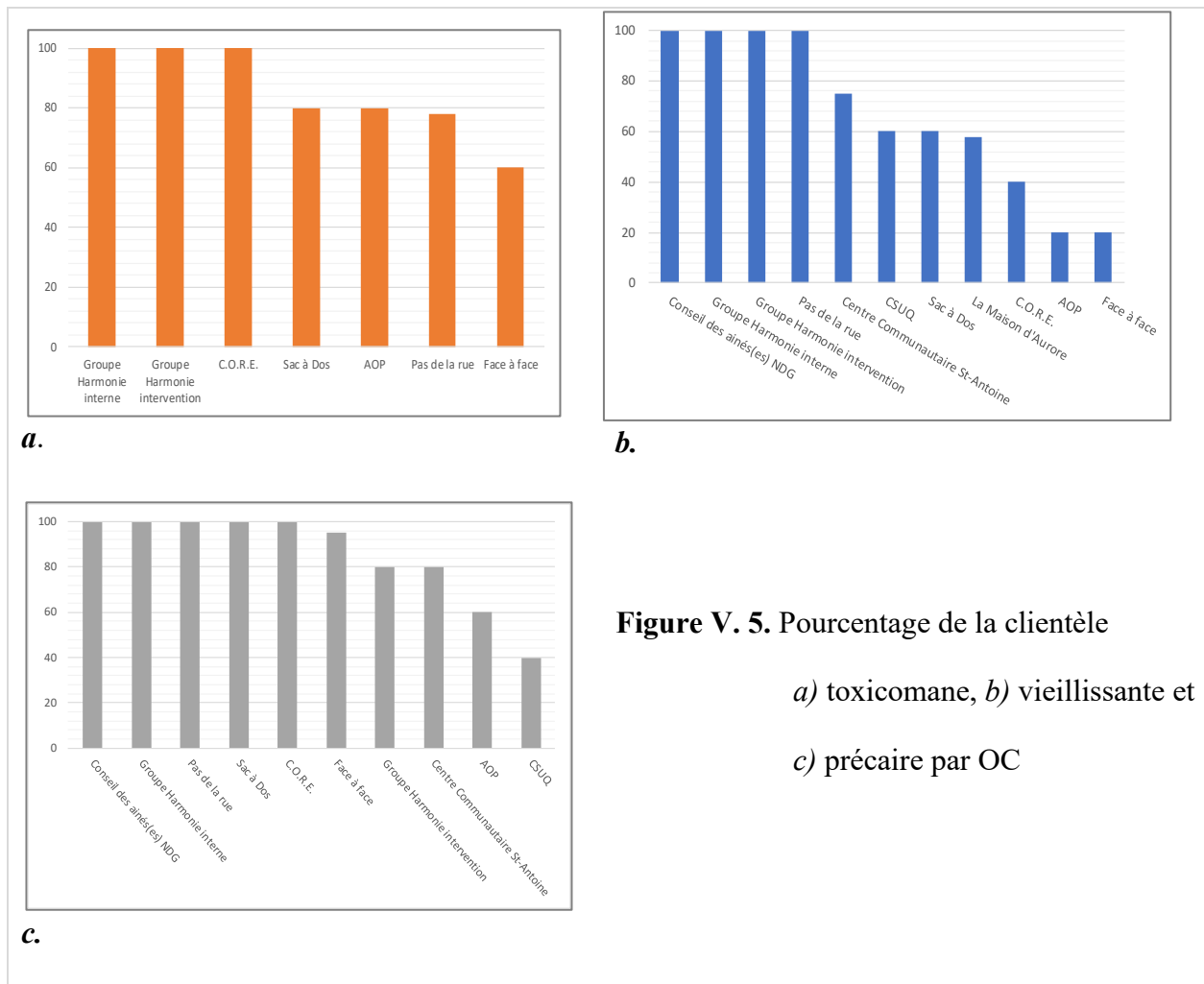


Figure V. 5. Pourcentage de la clientèle

a) toxicomane, b) vieillissante et c) précaire par OC

Les pourcentages de chaque catégorie de l'ensemble de la clientèle fréquentant les 14 organismes sont illustrés graphiquement dans la figure V.5. Il est à mentionner que certains intervenants ne disposaient pas d'information ou de données concernant les pourcentages de la clientèle toxicomane, vieillissante et précaire fréquentant leurs organismes. Ainsi, l'intervenant représentant l'organisme Cafétéria Multi-Caf, qui normalement offre ses services à une clientèle vieillissante toxicomane (VT) ne disposait d'aucun chiffre sur l'information demandée.

L'absence de certains organismes dans les graphiques illustrés (figures V.4 et V.5) s'explique du fait que l'organisme soit ne dispose pas de données sur le pourcentage de la clientèle soit il n'offre pas de services à une des catégories de clientèle : toxicomane, vieillissante ou précaire.

Si on résume les résultats illustrés dans les graphiques de la figure V.5, il est à constater que le pourcentage de la clientèle toxicomane est supérieur à 50% pour 7 organismes; le pourcentage de

la clientèle vieillissante est supérieur à 50% pour 8 organismes et le pourcentage de la clientèle précaire est supérieur à 50% pour 9 organismes. Tous ces résultats montrent donc que plus de la moitié des 14 OC sont fréquentés par une clientèle ayant un pourcentage élevé des problématiques de toxicomanie, vieillissement et précarité (*voir* les statistiques descriptives dans le tableau V. 5. La moyenne estimée du pourcentage de la clientèle TVP (ayant la triple problématique) fréquentant les 14 OC est de 80%.

5.2.3 Mission et objectifs

Chaque organisme possède sa mission spécifique et s'identifie aux types d'intervention offerts (tableau V.3).

Tableau V. 3. Principaux types d'intervention des organismes

Accueillir, rassembler et soutenir les gens du Plateau Mont-Royal, améliorer leurs conditions de vie et leur environnement
Activités et services pour tous âges, de la petite enfance aux personnes âgées
Banque alimentaire
Justice sociale et santé mentale
Fournir un soutien à long terme dans un environnement professionnel, sécuritaire et empathique ; ateliers pour développer des stratégies pour maintenir la sobriété
Interaction sociale, activités, ouverture sur différentes cultures, volet éducatif
Intervenants de 1re et 2e lignes, organisme qui sert de passage
Géron-toxicomanie
Problèmes sociaux
Tout ce qui concerne les aînés
Visites amicales, accompagnements, aide technologique, activités

Les objectifs poursuivis par les organismes sont multiples et les OC ont souvent plus d'un objectif associé à leur mission (tableau V.4).

En ce qui a trait aux objectifs des clients-usagers, les intervenants et responsables mentionnent qu'ils sont généralement atteints; cependant, les personnes souffrant d'une grande précarité et d'instabilité sur le plan de la consommation éprouvent une grande difficulté à atteindre leurs objectifs, elles ont besoin d'un plus grand soutien et pour plus longtemps ; malgré ce soutien, elles n'y arrivent pas toujours. Un répondant d'un organisme dit ne pas avoir atteint son objectif de financement ; toutefois, un autre mentionne le financement comme élément majeur dans la réussite de la mission. Les autres objectifs sont généralement atteints, mais cela demande la collaboration des usagers et des bénévoles et il semble de plus en plus difficile d'y arriver à cause de l'augmentation des besoins et du manque de ressources.

Tableau V. 4. Objectifs des 14 OC

Animer des activités, culturelles, récréatives ou religieuses
Fournir des services d'entraide, de référence et de soutien alimentaire
Aider les individus toxicomanes à redevenir des individus actifs et productifs de la société ; maintien de la sobriété ; réinsertion sociale, réduction des méfaits en relation avec les objectifs personnels
S'assurer que les personnes ont une carte d'identité, qu'elles sont en santé, qu'elles sont logées et vêtues ; leur donner une structure, une stabilité
Améliorer la situation et la qualité de vie, rendre les personnes autonomes; offrir un endroit sécuritaire où les usagers peuvent parler d'eux-mêmes, donner de l'information et des références
Briser l'isolement, s'assurer que les clients ont de la nourriture saine, encourager l'entraide.
Susciter un sentiment d'appartenance à la communauté et leur laisser savoir aux usagers qu'ils peuvent obtenir de l'aide au besoin ; les encourager à s'impliquer, à faire du bénévolat.
Militer pour les gens à faibles revenus, les aider à apprendre ; militer pour l'amélioration de programmes sociaux.
Résoudre les problèmes immédiats

5.2.4 Services offerts et services demandés

En fonction de leurs objectifs, ainsi que des besoins et demandes des clients-usagers, les 14 OC offrent divers services et activités.

En tenant compte de la taille d'information obtenue par les entrevues avec les intervenants et les responsables des OC au regard des services offerts et services demandés, nous avons utilisé la

méthode d'analyse de contenu afin de faire ressortir les éléments pertinents des réponses, de réduire l'information et en même temps de la regrouper dans différentes catégories en fonction de similarités ou de critères communs décelés dans les réponses de chaque répondant de l'enquête. Pour la mise en place de la méthode, nous avons pris en compte la définition de l'analyse de contenu proposée par L'Écuyer (1987) citée comme suit: « Une méthode de classification ou de codification dans diverses catégories des éléments du document analysé pour en faire ressortir les différentes caractéristiques en vue d'en mieux comprendre le sens exact et précis » (p.59).

De ce fait, six catégories sont créées et regroupées dans le tableau V. 5. La première catégorie (I) inclut tout ce qui est lié à la santé physique et mentale, la deuxième catégorie (II) toute aide de caractère informatif et administratif, la troisième catégorie (III) tout service et toute activité de caractère social, culturel, religieux et récréatif; la quatrième catégorie (IV) toute activité ou tout programme dont le caractère est général ou n'est pas spécifié dans les réponses des usagers de l'enquête, la cinquième catégorie (V) tout service lié à l'alimentation, et enfin, la sixième catégorie (VI) qui inclut les services de transport et d'accompagnement. Pour chaque catégorie, les réponses ont été comptées.

Tableau V. 5. Catégories de services offerts par les 14 OC

Catégories	Description	Nb. par catégorie
I	Services sur la santé et le bien-être des membres, évaluation et suivi psychosocial, prévention et éducation, service d'infirmier, soins dentaires, soutien psychologique, écoute, thérapie individuelle, thérapie de groupe, thérapie familiale, soutien aux usagers dans leur démarche de maintien de sobriété, soins de propreté	17
II	Aide administrative, information, aide emploi, aide logement, aide technologique, service de référence	16
III	Activités culturelles, récréatives et religieuses, activités sociales, visites amicales, semaine de vacances offerte	10
IV	Animation de divers ateliers, intervention de crise, intervention externe individuelle, jumelage avec les bénévoles, programme de réinsertion, service d'entraide	10
V	Banques alimentaires, repas, service de soutien alimentaire, cadeaux, jardins communautaires	7
VI	Accompagnement chez le médecin/autres endroits, transport	3

Comme montré dans le tableau V. 5 et illustré dans la figure V. 6, la première catégorie contient le plus grand nombre de réponses, 17 au total. C'est justement dans cette catégorie que les 14 OC offrent plus de services. Le tableau V. 6 liste les organismes qui offrent le plus grand nombre de services par catégorie.

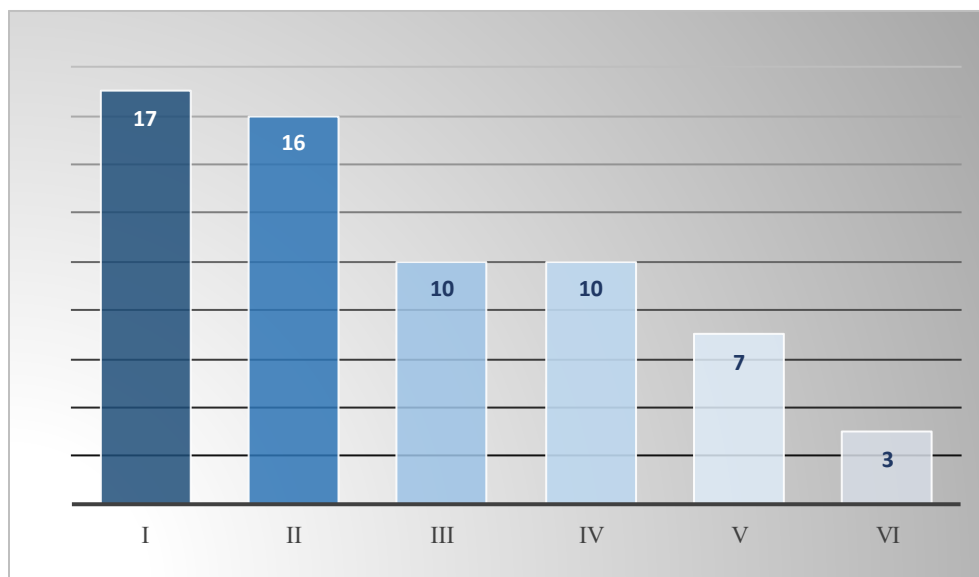


Figure V. 6. Services offerts de l'ensemble des 14 OC par catégorie

Tableau V. 6. OC ayant le plus grand nombre de services offerts par catégorie

OC	Catégorie des services offerts
AOP	I
SAC À DOS	II
CSUQ	III
GRUPE HARMONIE INTERNE, GRUPE HARMONIE INTERVENTION	IV
LA MAISON D'AURORE	V
CONSEIL DES AINÉ(E)S NDG, PAS DE LA RUE, YELLOW DOOR ELDERLY PROJECT	VI

En ce qui concerne les services demandés (figure V.7), la partition des catégories n'est pas exactement la même comme dans le cas des services offerts. À part la catégorie VI, toutes les autres

catégories différentes de celles déjà vues pour les services offerts. Néanmoins, le nombre des services demandés pour la catégorie I reste le plus élevé en montrant qu'il peut y avoir une concordance entre ce qui est offert et ce qui est demandé. De ce fait, nous avons effectué une analyse de relation afin de vérifier le rapprochement entre le nombre de services offerts et le nombre de services demandés pour chaque catégorie (figure V.8).

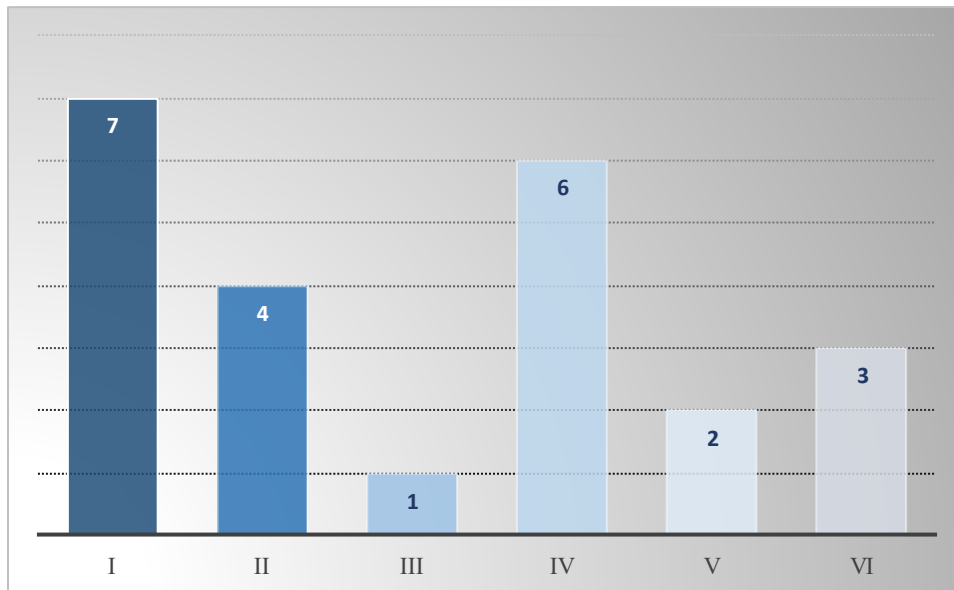


Figure V.7. Services demandés de l'ensemble des 14 OC par catégorie

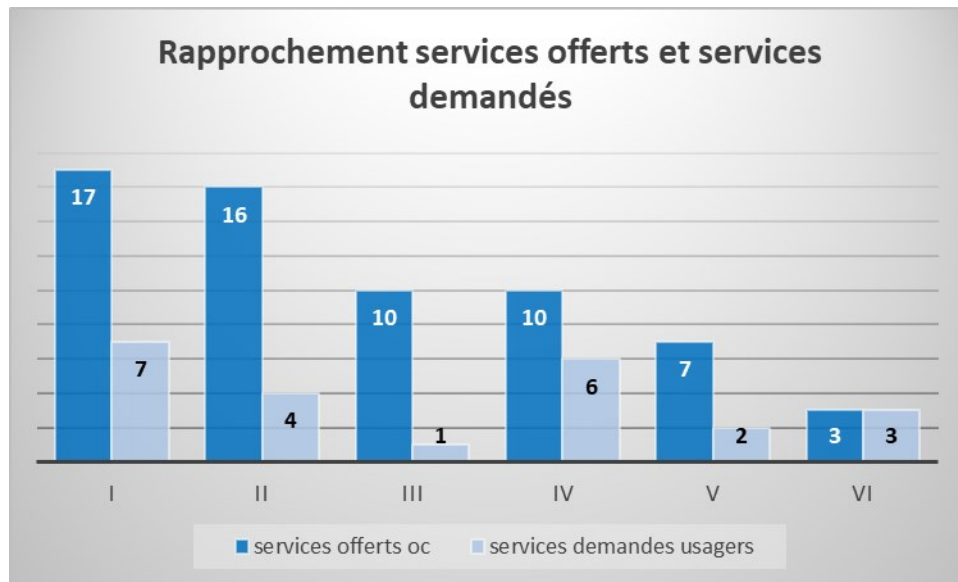


Figure V. 8. Rapprochement entre le nombre de services offerts et le nombre de services demandés

Nous concluons que le rapprochement entre le nombre de services offerts et le nombre de services demandés n'est pas significative.

Les résultats de cette analyse montrent que les OC participant dans notre étude offrent une gamme large de services qui en général répondent et correspondent bien aux demandes de la clientèle par catégorie. Toutefois, pour certaines catégories, le nombre de services offerts dépasse le nombre de services demandés. Ce résultat peut être utile pour les gestionnaires des OC afin de revoir leurs stratégies pour ajuster mieux les demandes de leurs clientèles aux services qu'ils offrent.

5.2.5 Résultats d'analyse

Les quatorze OC sans but lucratif sont bien implantés dans le milieu montréalais. Détenant entre 13 et 115 ans d'existence, ils ont su s'adapter aux besoins changeants de leurs clientèles.

Les équipes d'intervention dans les OC varient en nombre, en rôles et en expertise. Les organismes engagent en moyenne 7 intervenants. Leurs fonctions représentent la moitié des rôles, l'autre moitié étant dévolue aux postes de gestion et à des postes comme le transport, l'écoute en ligne, la responsabilité d'événements spéciaux et les stages. Les fonctions d'intervention sont plus ou moins

spécialisées. Certains OC comptent des postes structurés où l'expertise est obligatoire ; d'autres, à l'autre bout du spectre, embauchent des animateurs ou des chauffeurs détenant plus de bonne volonté et de détermination que de formation. Cela soulève la question de l'impact des interventions : est-ce que le manque de formation influe sur les résultats ? De quelle façon ? Cela peut être une avenue à approfondir. Ce qui est à retenir est la diversité des contextes d'intervention. Alors, même si deux organismes détiennent une mission concomitante, le contexte spécifique à chaque OC peut engranger des résultats différents.

Douze OC sur quatorze bénéficient de l'aide de bénévoles pour réaliser leurs mandats ; toutefois, le nombre de bénévoles varie grandement d'un organisme à un autre : moins de 10 bénévoles pour huit OC, plus de 10 et allant jusqu'à 100 pour quatre OC. La plupart des bénévoles possèdent de l'expérience dans au moins un champ d'intervention, mais parfois, cette expérience est faible. Les bénévoles effectuent souvent des tâches non spécialisées, en soutien au personnel régulier : transport, visite amicale, fourniture de repas, accompagnement dans des démarches, etc. Cette aide « gratuite » permet en outre d'élargir grandement, pour les OC concernés, les actions auprès de la clientèle ou la quantité de personnes aidées.

Les quatorze OC qui ont participé à l'étude ont établi des objectifs qui ciblent des besoins particuliers, tout en visant la même orientation générale, soit aider la clientèle et améliorer ses conditions de vie. Que ce soit briser l'isolement, aider à redevenir autonome, résoudre des problèmes immédiats (assistance dans les démarches liées aux logements, vêtements, carte d'identité, etc.), offrir un endroit sécuritaire pour échanger, encourager l'entraide, etc., chaque organisme cherche à répondre à des objectifs distincts. Ce faisant, l'ensemble des organismes présente une offre de services complémentaires qui permet d'assez bien encadrer les personnes en besoin dans leur globalité.

Cependant, cet encadrement positif vaut, relativement à cette recherche, pour chaque type de clientèle pris séparément : vieillissante, toxicomane, précaire. Il n'existe aucun organisme dont la mission est spécifiquement d'aider les personnes touchées par la triple problématique TVP. Comme il a été montré par les résultats, il y a sept organismes qui desservent une telle clientèle, mais leurs cibles ne sont pas spécifiquement les usagers TVP.

Les services fournis par ces OC, en regard des leurs objectifs, ajoutent toutefois une nuance à cette affirmation, car plusieurs services s'adressent sans discrimination aux personnes qui peuvent vivre

les trois aspects, par exemple : soutien aux tâches de vie quotidienne, activités socioculturelles ou religieuses, prévention et éducation, thérapie individuelle, de groupe ou familiale, soutien dans la démarche de reprise en charge personnelle, banque alimentaire, transport, aide pour remplir des documents, référence et accompagnement. D'autres services demeurent spécifiques à une clientèle, les organismes s'étant spécialisés auprès des personnes âgées, des personnes toxicomanes ou pauvres. On y trouve des services comme la thérapie individuelle ou l'intervention de crise pour alcooliques et toxicomanes, le jumelage et la visite amicale pour personnes âgées, etc. Les services, de façon générale, sont déterminés à partir des besoins et des demandes des clients-usagers pour la majorité des OC. Un seul organisme oriente prioritairement ses services en fonction de la mission qu'il a définie : l'*empowerment* des usagers. Cet objectif demeure toutefois directement lié à des besoins maintes fois mentionnés.

D'après les résultats obtenus, les personnes TVP représentent en moyenne 80 % de la clientèle totale des organismes participant à cette étude. Certains OC ont donc développé une expertise assez pointue à leur égard. Étant donné leur spécificité, ces OC sont sur la ligne de feu et ils peuvent la plupart du temps identifier rapidement les besoins de la communauté. Vu leur flexibilité, n'ayant pas de lourdes structures à faire bouger, ils peuvent aussi s'adapter rapidement aux besoins changeants des individus avec lesquels ils travaillent. La grande variété et la flexibilité des services offerts par les OC mettent en évidence cette capacité du milieu communautaire à innover afin de faire face aux problèmes sociaux et d'expérimenter de nouvelles approches et pratiques d'intervention.

5.3 Aperçu des problématiques des organismes communautaires

5.3.1 Taux de fréquentation

Sur quatorze OC, douze révèlent une problématique liée à la hausse de la fréquentation de diverses catégories de leurs clientèles les 5 dernières années (tableau V.7).

Tableau V.7. Catégories d’usagers en hausse de fréquentation

Catégorie en hausse de fréquentation	Nb. OC
Usagers vieillissants	4
Usagers consommant substances illicites	3
Usagers ayant des problèmes de santé mentale	2
Usagers femmes	2
Usagers immigrants	1
Usagers hommes	1
Usagers vieillissants isolés	1
Usagers ayant une dépendance aux jeux	1
Usagers ayant problèmes multiples	1
	16

Au total, il y a 10 catégories en hausse de fréquentation. La catégorie des usagers vieillissants se situe à la tête de la liste. Elle est suivie par les catégories des usagers ayant des problèmes de santé mentale, usagers consommant des substances illicites et usagers femmes. La hausse de la fréquentation des six catégories suit après et deux OC n’ont pas eu d’évolution remarquable de la fréquentation de leurs clientèles et un autre organisme n’a pas donné de réponse.

Les résultats de l’analyse effectuée cas par cas des 14 OC, dont 3 OC pas d’évolution de fréquentation et 1 OC pas de réponse, montrent que certains organismes présentent plus qu’une catégorie des usagers en hausse de fréquentation. Ainsi, cinq parmi eux, Programme Addiction Outreach, C.O.R.E., Face à face, Groupe Harmonie Interne, Groupe Harmonie Intervention soulèvent l’inquiétude d’une hausse de la fréquentation des deux catégories d’usagers qui fréquentent leurs lieux, alors que six autres organismes, Centre Communautaire St. Antoine, Communauté Sépharade Unifiée du Québec, La Maison d’Aurore, Pas de la Rue, Projet Genèse et Yellow Door Elderly Project d’une hausse de la fréquentation d’une seule catégorie d’usagers.

5.3.2 Points forts et points faibles

Une grande variété de points forts et points faibles au sein des OC a été identifiée par le personnel interviewé. La figure V.9 présente ces éléments. Les points forts tels que: ambiance chaleureuse, disponibilité, pas de distinction/jugement constituent les points forts les plus mentionnés par les représentants des OC. C'est pourquoi ces trois points forts occupent la plus grande section par rapport aux autres points forts illustrés dans la figure V.9. D'autres points forts comme : confiance, efficacité, étudiants/bénévoles sont aussi soulignés par deux organismes. Dans le graphique, ils occupent des portions plus petites que les trois points précédents, mais des portions plus grandes par rapport aux autres points forts. Le reste des points forts indiqués dans la figure sont mentionnés par un seul organisme chacun.

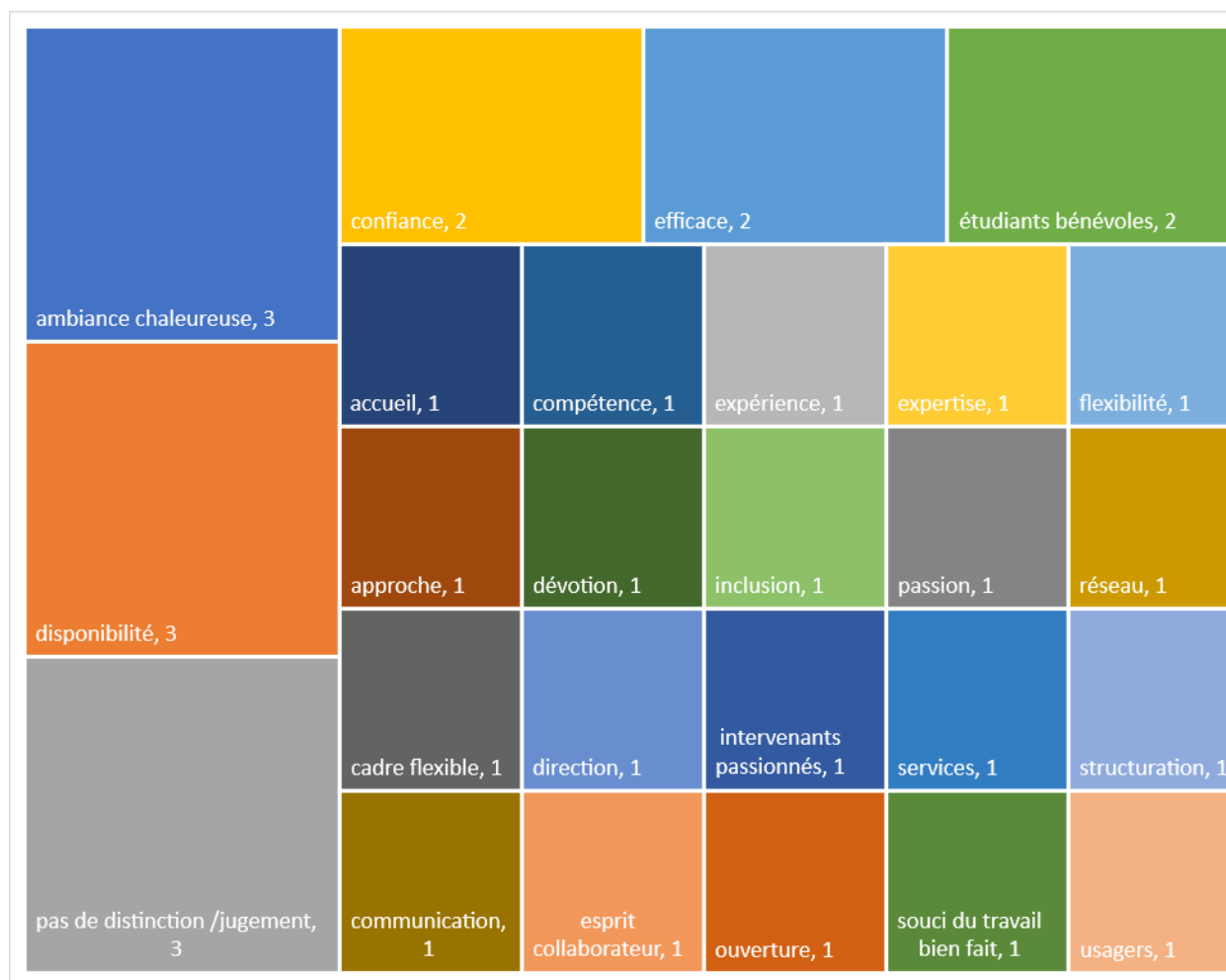


Figure V.9. Distribution graphique des points forts des OC

En ce qui concerne les points faibles, la plupart des interviewés n'ont pas donné de réponse et les réponses de ceux ou celles qui ont répondu ne furent pas tant diversifiées. La figure V.10 illustre les sections que chaque réponse relative aux points faibles. Comme montré dans le graphique, « financement » est le point faible le plus mentionné, il est suivi par « manque de personnel », « manque de ressources » et « ressources limitées ».

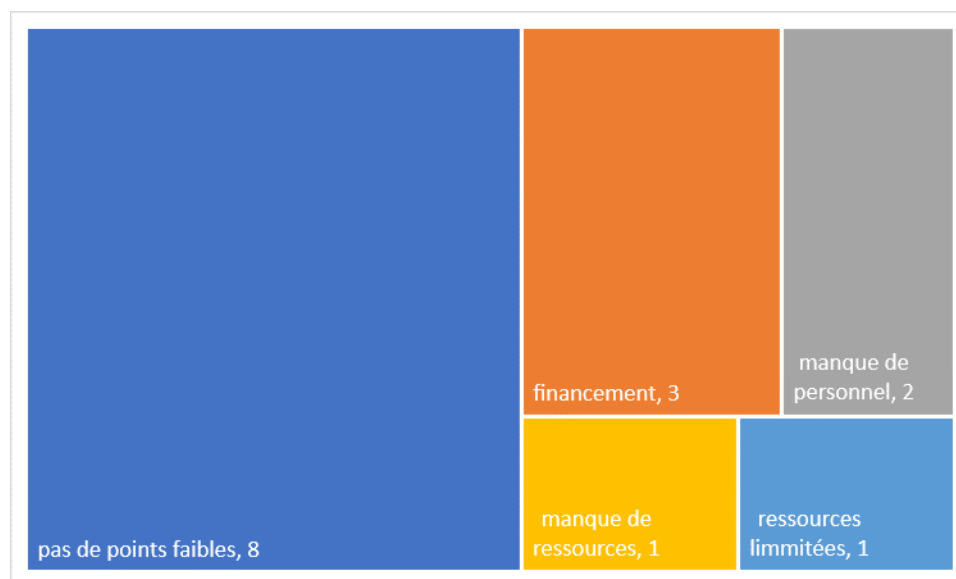


Figure V. 10. Distribution graphique des points faibles

5.3.3 Problématiques variées

Les interviewés ont mentionné qu'il n'était pas rare que des services soient refusés ou qu'une personne soit exclue d'un service en raison de son agressivité ou sa violence. Dix organismes ont souligné leurs inquiétudes à ce sujet. Pour la même raison, 2 OC ont dû exclure une personne de son territoire de résidence externe au territoire de l'OC et 2 OC ont appliqué un refus d'une demande de service. Au sujet de ces cas particuliers ou de problématiques variées liées à la conduite de la personne, les quatorze OC possèdent un code de conduite afin d'encadrer le travail et le climat de travail. Les éléments suivants reviennent à divers degrés dans ces codes : interdiction d'alcool (7) et de drogues (3), respect des gens des lieux, des règles (6), comportement non dérangeant (3),

calme (2), interdiction d'être en état intoxiqué, de fumer ou de violence (1), franchise ou courtoisie (1).

5.3.4 Résultats d'analyse

Selon les résultats de cette étude, il ressort de cela que les problématiques des OC ont évolué de façon significative depuis cinq ans. Ainsi, la hausse de la fréquentation des personnes vieillissantes et isolées, des personnes consommant des substances illicites, des femmes, des personnes ayant des problèmes de santé mentale et des problèmes multiples. Les résultats indiquent également l'augmentation des personnes ayant une dépendance aux jeux, des immigrants et des consommateurs de substances licites. Cette évolution impose les OC à s'ajuster rapidement pour offrir des services adaptés et pertinents. Ces changements peuvent demander des formations d'appoint, une restructuration des stratégies d'intervention, plus de personnel spécialisé en santé mentale, etc. Quoique réalisable malgré le manque de ressources et le roulement de personnel, le défi reste élevé. Les intervenants se retrouvent parfois dans un état de double contrainte aliénant qui peut mener à un épuisement (*burnout*) ou une dépression. Leur santé peut se fragiliser par ce contexte insécurisant et instable.

Un point important à souligner est que la gestion d'un OC s'avère complexe en tenant compte que, quotidiennement, les cadres doivent jongler avec des réunions de conseil d'administration, les problèmes de règlementations et politiques internes tout en dirigeant et en motivant les bénévoles et le personnel à accomplir leurs tâches. Tous les OC de l'étude possèdent un code de conduite qui encadre les décisions et les actions, mais le contexte sociocommunautaire apporte son lot de problématiques qui contrecarrent souvent les bonnes volontés.

Le personnel intervenant des OC note ses points forts sur lesquels il s'appuie pour réaliser son mandat : pas de distinction ou de jugement, confiance, efficacité, expertise, expérience, inclusion, ouverture d'esprit, passion, etc. De plus il note leur ambiance chaleureuse, la disponibilité des intervenants, la bonne structure d'intervention, la solidarité à l'interne comme avec les partenaires.

En revanche, les manques de financement, de personnel (travailleurs et bénévoles) et d'espace de travail sont considérés comme des faiblesses par les intervenants et les responsables des OC. Cela dit, les manques de respect, d'ouverture ou d'acceptation de la personne posent parfois des problèmes. Il semble que l'attitude de certains intervenants ne corresponde pas au standard attendu

par les usagers et aux valeurs véhiculées par les organismes. Ces manques discréditent les organismes touchés aux yeux des usagers qui vivent ces désagréments et qui communiquent leur insatisfaction à qui veut les entendre. Les gestionnaires doivent demeurer vigilants à cet égard.

Le manque de financement demeure le talon d'Achille des gestionnaires qui doivent investir une quantité d'heures effarante à trouver et renouveler le financement nécessaire à la poursuite des opérations de l'organisme. Ajouter à cela le manque de financement pour le logement social : c'est un obstacle majeur à l'intégration de la clientèle qui n'a pas les moyens de vivre dans le parc locatif offert aux populations plus aisées.

La lourdeur des exigences de financement pour les OC augmente la charge de travail déjà déraisonnable, qui parfois n'est pas toujours alignée sur les intérêts de l'OC ou de la communauté. Quelquefois, des organismes ne disposant ni de temps, ni d'expérience dans le lourd fardeau administratif, ne peuvent remplir les demandes des donateurs ou partenaires et évidemment passent outre et manquent de financement.

De plus, le financement est devenu un carcan accaparant et étouffant qui force parfois une redéfinition du champ d'action, et même du mode de fonctionnement démocratique. Le financement tend à définir les pratiques par ses exigences et exige beaucoup de temps, ce qui use le personnel et les bénévoles des OC en les détournant de leurs objectifs d'action. En témoigne cet extrait d'un financement réclamé pour le communautaire publié dans un quotidien montréalais (Camille Lopez dans le *Journal Metro*, 22 octobre 2017) :

« La majorité des Québécois sont en faveur d'un financement adéquat des OC, révèle un sondage publié dimanche. Ce résultat vient appuyer les revendications des organismes, qui entendent se tourner vers Québec pour obtenir plus de financements. Commandé par le Réseau québécois de l'action communautaire autonome (RQ-ACA), le sondage indique que 98% des Québécois connaissent les principaux OC de la province, et que 70% d'entre eux ont déjà eu affaire à leur service. Ils sont 84% à estimer que ces organismes devraient bénéficier d'un financement adéquat. « On va dire aux élus et au gouvernement qu'on a l'appui de la population et qu'il est temps de nous financer », plaide la coordonnatrice du RQ-ACA, Caroline Toupin, qui estime que le financement des OC se fait « à la pièce, sans cohérence ni vision globale, encadré par aucun plan d'action gouvernemental ». Mercredi,

une délégation du Réseau se rendra à Québec pour rencontrer le caucus du gouvernement et plusieurs députés de tous les partis pour exiger 475M\$ de plus pour le financement des OC. Le financement actuel est de 950M\$, mais seulement 427M\$ servent à financer le fonctionnement direct des organismes sur le long terme, tandis que 523M\$ sont utilisés pour des missions temporaires et des ententes de services pour des projets. Le sondage représente un atout pour le RQ-ACA, qui peut profiter de l'appui de l'opinion publique pour peser dans les négociations avec Québec. « Ces résultats sont concluants et très positifs, ils nous permettent de dire que le communautaire passe haut la main le test de l'opinion publique. La perception de la population est tout à fait en faveur des OC », estime Caroline Toupin. « Le milieu communautaire contribue à 1,4% du PIB au Québec, c'est plus gros que le secteur minier, donc on est vraiment un acteur important », ajoute la présidente du RQ-ACA, Claudelle Cyr. Ce sondage a été réalisé par la firme l'Observateur entre le 28 septembre et le 4 octobre 2017 auprès d'un échantillon représentatif de 1132 répondants. 738 personnes ont été jointes par internet et 394 par téléphone. La marge d'erreur est de 5% 19 fois sur 20. »

Le manque de ressources humaines adéquates contribue de son côté à l'essoufflement du personnel et des bénévoles que l'on pousse au-delà de leurs limites, car ils doivent non seulement s'acquitter de leurs propres responsabilités, mais également combler les autres besoins de l'organisme. Cette situation peut avoir des conséquences néfastes sur l'efficacité du personnel et des bénévoles chez qui un sentiment de frustration peut s'instaurer. Bien que le personnel soit en général satisfait de son travail; les doléances concernent surtout la surcharge de travail et le manque de temps à consacrer aux clients, dus au manque de ressources humaines et de financement empêchant l'ajout de ces ressources. L'épuisement professionnel est une réalité de plus en plus présente, réalité qui diminue, par les congés de maladie ou les départs, les ressources disponibles. Un cercle vicieux s'installe dont il est de plus en plus laborieux de sortir.

L'absence d'infrastructures adéquates, particulièrement au sein de petits OC, affecte l'efficacité et l'efficience, la plupart des organismes ne disposant pas d'équipement ou de fournitures adéquates, ce qui crée de la frustration additionnelle, surtout quand la majorité des travailleurs qui œuvrent dans ce domaine sont plus jeunes et leur vie durant ont évolué dans un milieu technologique.

Enfin, l'accessibilité aux centres de désintoxication (places disponibles, transport) représente un enjeu de taille. Plusieurs usagers ne peuvent y avoir accès à court terme, ce qui réduit l'efficacité des plans interventions. Les dédales administratifs peuvent alourdir les démarches dans ce contexte. Pour une clientèle aux prises avec ce type de problématique, l'accessibilité aux centres et services est la première étape d'aide ; celle-ci étant déficiente, cela peut expliquer la difficulté à obtenir des résultats probants, comme nous verrons plus loin.

La résolution des problèmes s'évalue à partir des objectifs fixés au début de la démarche avec l'intervenant. Certaines problématiques qui touchent la clientèle TVP se règlent, d'autres pas... ou peut-on dire qu'elles se règlent pour certaines personnes et non pour d'autres. Parfois, on refusera un service à une personne qui est agressive (10 OC ont mentionné cette limite à leur intervention). La résolution des problèmes TVP nécessite des prérequis et des ressources. Les résultats étant souvent qualitatifs, il n'est pas simple d'estimer le niveau d'atteinte.

5.4 Perception des problématiques

5.4.1 Suggestions relativement aux organismes communautaires

Les personnes interviewées ont donné de différentes suggestions pour l'amélioration du fonctionnement des OC. Les réponses ont été analysées afin de trouver des similarités étant représentées après par des mots clés. La figure V.12 illustre graphiquement le nombre des réponses par chaque mot clé choisi. Il s'avère que « financement » est le mot clé dont le plus grand nombre des réponses est obtenu. Il semble que pour 12 OC, le financement pour l'exercice de leurs activités soit une grande préoccupation. Les suggestions portent ainsi sur une augmentation de financement ou de ressources financières accordés aux OC. Pour ce qui est du personnel, 4 OC suggèrent l'augmentation du nombre du personnel, les bénévoles y compris, pour pouvoir mieux faire face à l'élargissement de leurs clientèles. Les représentants des 3 OC expriment leur inquiétude au sujet de leur mise à jour professionnel, ils suggèrent qu'une augmentation de formations professionnelles les aiderait afin de mieux servir et réagir dans les cas d'une clientèle spécifique et très problématique. Autres questions comme : ouverture (valeur du personnel), stabilité d'emploi, visibilité médiatique, ressources autres que financières, nouveau local et centre d'hébergement préoccupent respectivement 6 OC. Les interviewés ont donné des suggestions pour une augmentation à ces sujets. Quant aux sujets en diminution (dans le graphique, ils sont situés dans

l'axe négatif), 1 OC suggère une diminution du tarif pour la location de leurs locaux et un autre pour moins de jugement de la part du personnel des OC envers des usagers.

Sur toutes les suggestions, le plus grand nombre a été fourni par les organismes C.O.R.E, Groupe Harmonie Intervention et Face à Face avec respectivement 4 suggestions (figure V.13). la Maison d'Aurore, Sac à Dos et Programme Addiction Outreach ont fourni respectivement 3 suggestions, La Communauté Sépharade Unifiée du Québec et Yellow Door Elderly Project 2 suggestions et le reste des organismes 1 suggestion chacun.

5.4.2 Suggestions relativement aux usagers toxicomanes, vieillissants et en précarité

De nombreuses suggestions ont été fournies par les intervenants des OC concernant l'amélioration de la situation de la clientèle TVP. Le plus grand nombre des suggestions a été obtenu au sujet de l'attitude du personnel avec 6 suggestions. Les intervenants soulignent l'importance d'une attitude du personnel qui met l'accent sur les valeurs humaines : avoir plus de respect, plus d'ouverture, plus de réceptivité et plus de douceur envers cette clientèle. Pour les suggestions qui suivent après, 3 concernent le financement des OC pour les services offerts aux usagers (aide financière pour les ressources qui les accompagnent dans leur démarche, aide financière pour les aînés toxicomanes, financement de divers services), 2 suggestions pour une accessibilité rapide aux centres de désintoxication et 11 suggestions pour de divers sujets : désintoxication pour aînés, désintoxication en externe, logement social, activités communautaires, services offerts gratuits, centres du jour, visibilité des OC, approche toxicomanie, approches spécialisées gérontologie/toxicomanie, ressources, information et navettes. Toutes les 22 suggestions soulignent une augmentation (sont présentées dans le graphique sous le signe \oplus et dans la zone positive des axes) pour les sujets déjà mentionnés.

En ce qui concerne le nombre des suggestions par OC, il est à noter que Groupe Harmonie Intervention, Groupe Harmonie Interne et Centre Communautaire St. Antoine ont fourni le plus grand nombre de suggestions. C.O.R.E, la Maison d'Aurore, Face à Face et Conseil des Aîné(e)s NDG viennent après avec 2 suggestions. Le reste des organismes ont fourni 1 suggestion chacun. Deux organismes n'ont pas donné des suggestions.

Pour ce qui est du domaine communautaire, les intervenants ont souligné davantage des points à améliorer pour la situation de la clientèle TVP ; ces points sont regroupés dans la figure V.11. Pour la majeure partie de ces points (ressources financières, ressources matérielles, ressources en général, programmes en général, intervention à proximité, logements sociaux, programmes de suivi, respect, accueil, adaptation, services, accès aux services, nourriture, HLM/logements supervisés, financement pour les employés/meilleurs salaires, centres de réconfort/soutien, OC/centres) illustrés dans le graphique par le trapèze sous le signe \oplus les usagers de l'enquête ont suggéré qu'il devait y avoir plus. « Moins d'âgisme » représente le seul point suggéré qu'il doit y avoir moins (le petit triangle dans la zone négative du graphique) pour mieux servir à la clientèle TVP.

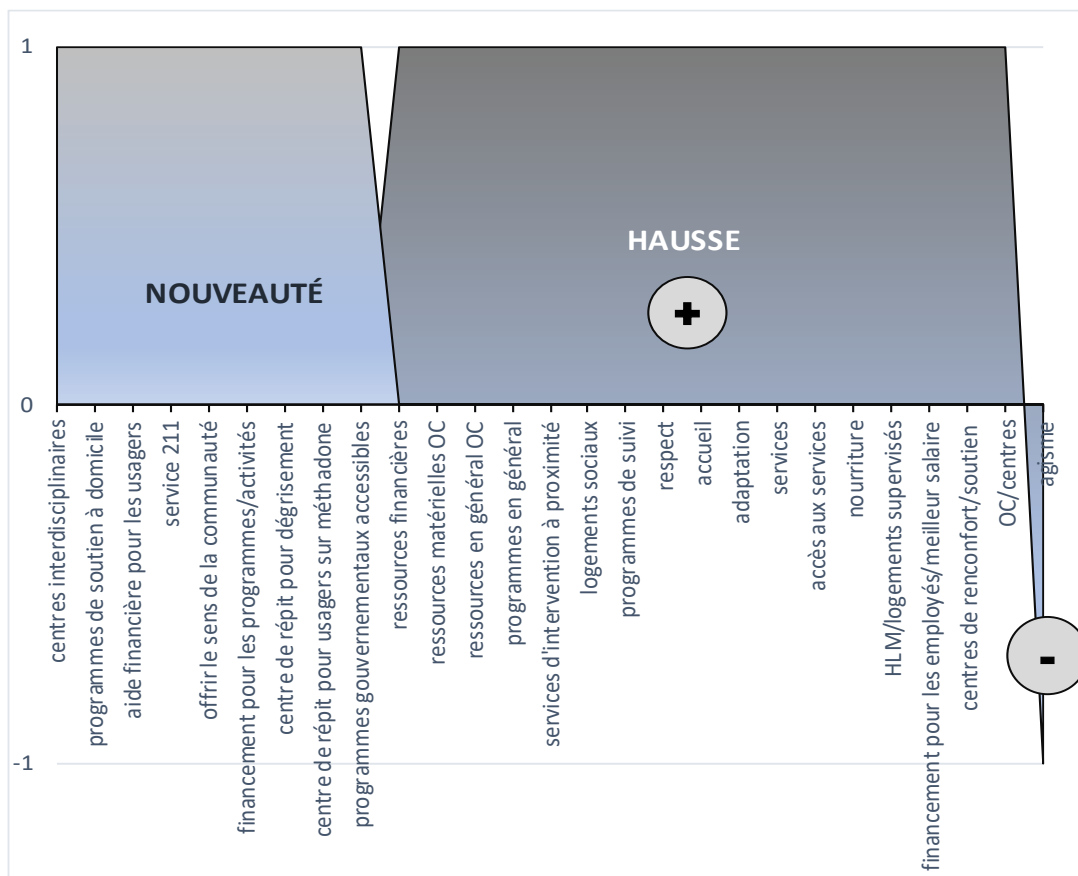


Figure V. 11. Représentation graphique des suggestions pour l'amélioration des services à la clientèle toxicomane vieillissante précaire dans les services du domaine communautaire

En outre, les intervenants ont proposé plusieurs nouvelles idées (illustrées dans le graphique par le trapèze NOUVEAUTÉ) telles que : créer des centres interdisciplinaires, mettre en œuvre des programmes à domicile, attribuer des aides financières pour les usagers de la triple problématique, mettre en place le service 211, offrir le sens de la communauté, attribuer de financement pour les programmes/activités, créer des centres de répit pour dégrisement, créer des centres de répit pour usagers sur méthadone, et avoir la possibilité d'accès aux programmes gouvernementaux.

Par la suite, toutes les suggestions ont été comptées et regroupées en catégories selon les similarités retrouvées (tableau V. 8).

Tableau V.8. Suggestions d'intervenants par catégorie

Catégorie propositions	Description propositions	Nb. propositions
RESSOURCES	Ressources financières OC, ressources matérielles OC, ressources en général OC, financement pour les programmes/activités, financement pour les employés/un meilleur salaire, aide financière pour les usagers TVP	6
CENTRES	Centre de répit pour dégrisement, centre de répit pour usagers sur méthadone, centres interdisciplinaires, centres de réconfort/soutien, nouveaux OC/centres	5
ATTITUDE DU PERSONNEL	Respect, accueil, adaptation, âgisme, offrir le sens de la communauté	5
PROGRAMMES	Programmes en général, programmes gouvernementaux accessibles, programmes de suivi, programmes de soutien à domicile	4
SERVICES	Services d'intervention à proximité, services, accès aux services, service 211	4
LOGEMENT	Logements sociaux, HLM/logements supervisés	2
NOURRITURE	Nourriture	1

Comme il est montré dans le tableau V.8 et à la figure V.12, le plus grand nombre de suggestions découle de la catégorie « RESSOURCES » avec 6 suggestions. Les suggestions des catégories « CENTRES » et « ATTITUDE DU PERSONNEL » viennent tout après avec le même nombre de suggestions (5). Les catégories « PROGRAMMES » et « SERVICES » comptent aussi le même nombre de suggestions (4). Les catégories comprenant moins de suggestions sont « LOGEMENT » et « NOURRITURE » avec respectivement 2 et 1 suggestion. Il est à constater que les représentants des OC encore une fois mettent l'accent sur le besoin d'augmenter les ressources financières et

matérielles du domaine communautaire pour faire face à l'élargissement de la clientèle TVP et satisfaire mieux les attentes de cette clientèle. Les suggestions concernant l'attitude du personnel ne sont pas de moindre importance, la satisfaction de la clientèle ne peut pas être atteinte si les valeurs humaines du personnel sont absentes.

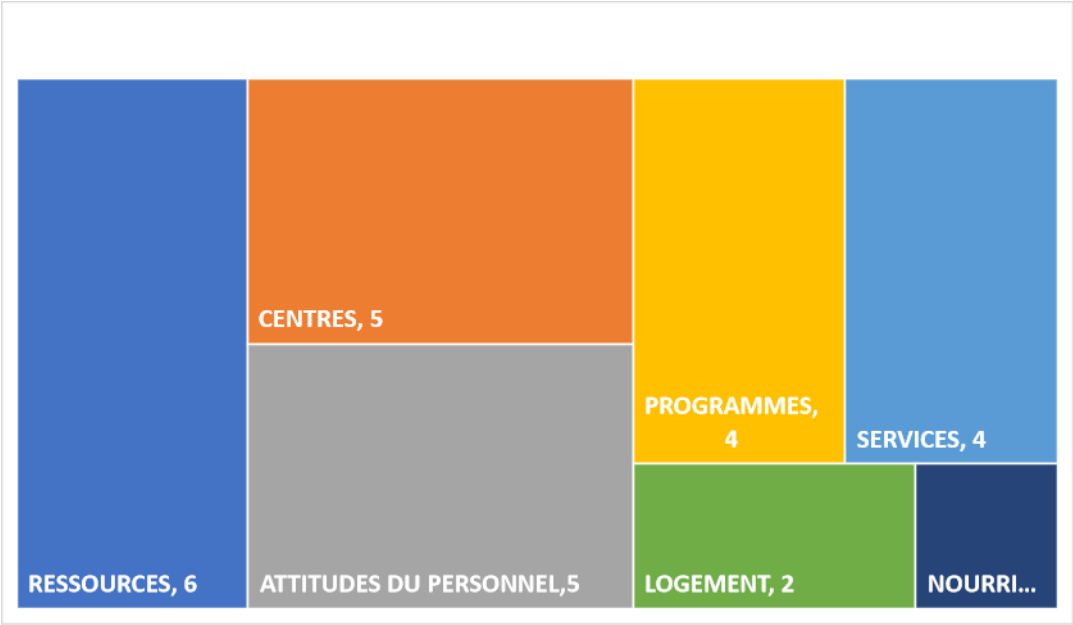


Figure V. 12. Répartition du nombre de suggestions par catégories

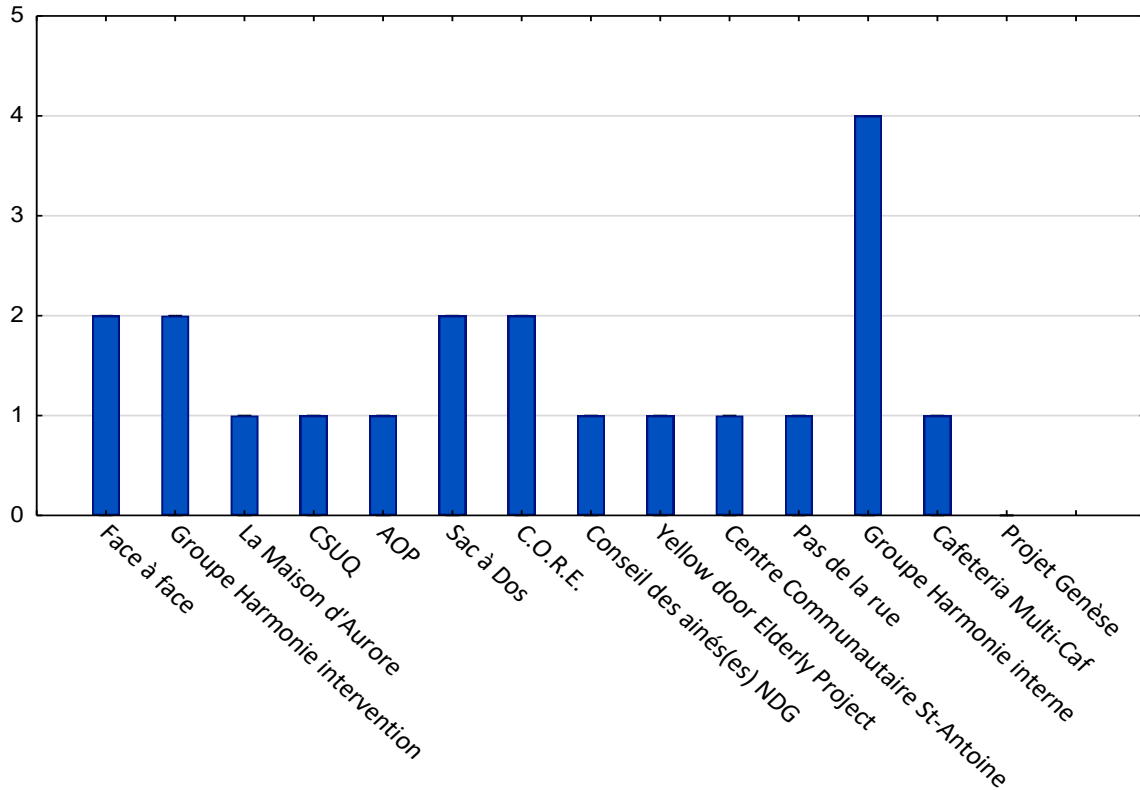


Figure V. 13. Répartition du nombre de suggestions par OC

5.4.3 Apport au développement de la communauté

En ce qui concerne l'apport à la communauté, douze représentants d'OC ont mentionné divers apports de leurs interventions : accueil, aide, soutien, accompagnement, activités, réponse aux besoins. Le fait d'être un lieu de socialisation, l'intégration des usagers dans le quartier, le développement de la vie communautaire et l'offre de main-d'œuvre pour de petits contrats sont également cités comme apports.

5.4.4 Résultats d'analyse

Les principales suggestions des intervenants au sujet de l'amélioration de la situation des personnes TVP consistent en une meilleure attitude du personnel, une hausse de financement pour tous les services qui suivent les personnes TVP dans leurs démarches, une accessibilité rapide aux centres de désintoxication, une mise en place de divers services au sujet de détoxication, une attribution

des logements sociaux, une augmentation des activités communautaires, une mise en place des services offerts gratuits et des centres du jour, une meilleure visibilité des OC, une application de meilleures approches sur la toxicomanie et approches spécialisées gérontologie/toxicomanie, une augmentation des ressources, d'information et une mise en place d'un service de navettes.

Dans le domaine communautaire, selon les intervenants, il y a énormément des choses à améliorer et innover. Les représentants des OC suggèrent l'augmentation des ressources et des programmes en général, des ressources financières et matérielles en particulier. Selon eux, l'amélioration de la situation des personnes TVP exige une meilleure intervention à proximité, plus de logements sociaux et HLM/logements supervisés, de programmes de suivi, d'accès aux services, de services alimentaires et le point qui n'est pas de moindre d'importance, les valeurs humaines de tous ceux et celles qui rendent leurs services aux personnes TVP. Pour les intervenants interviewés, il est temps d'offrir de nouveaux services particulièrement à cette clientèle. Le domaine communautaire a besoin de ressources spécialisées en gérontologie et toxicomanie ainsi que des centres interdisciplinaires pour les usagers à problèmes multiples. Ces centres ne sont-ils pas l'une des ressources qui manquent cruellement dans la région de Montréal présentement ?!

Dans les réponses obtenues au sujet des apports que les interventions ont auprès de la clientèle, on confond généralement ceux-ci avec les objectifs d'intervention. Les répondants ont souvent répété leurs objectifs ou actions plutôt que de préciser les effets que ces objectifs-actions avaient sur la clientèle. Ainsi, on a mentionné l'accueil, le soutien, l'accompagnement, les activités, la réponse aux besoins, l'intégration des usagers dans le quartier, le développement d'une vie communautaire, l'offre de main-d'œuvre. Il semble ici que la conscience ou la reconnaissance des conséquences et des effets de ses actions dans la vie de l'utilisateur soit moins claire chez les intervenants, et même les gestionnaires. Est-ce à dire que les effets sont mal évalués ? Mal communiqués ? Mal compris ? Il faut s'interroger sur les apports réels dans ce contexte et sur la façon de les connaître, car ce sont les résultats qui peuvent le mieux guider l'intervention. Pourtant, lorsqu'on discute avec les intervenants individuellement, ils sont capables de nommer les effets concrets au regard de chaque personne aidée : meilleure autonomie, socialise plus, a trouvé un emploi, a réussi une intégration en emploi, est sobre depuis neuf mois, etc. Est-ce alors que ces résultats sont mal traduits en contenu qui puisse servir à évaluer la pertinence et la portée des stratégies d'intervention adoptées au sein de l'OC ? La question se pose.

En conclusion, la hausse de fréquentation de la clientèle TVP impose une nouvelle stratégie afin de savoir quoi offrir et comment agir à des situations inattendues. Par la perception des interviewés, il s'avère qu'il y a énormément de travail à faire dans ce secteur, afin de favoriser davantage l'atteinte des objectifs pour les personnes toxicomanes vieillissantes en situation de précarité. Il faut aussi que les acteurs décideurs du secteur communautaire fassent plus pour comprendre et combler les besoins des personnes qui travaillent déjà dans le secteur et encourager celles qui viendront y travailler en favorisant davantage l'éclosion de leurs forces, en leur donnant du temps pour s'adapter et se perfectionner et, surtout, en leur allouant l'espace et les ressources nécessaires afin de réussir.

5.5 En bref

Les OC qui ont participé à l'étude sont implantés à Montréal depuis bon nombre d'années, l'une d'entre elle offrant des services depuis 115 ans et la plus récente ayant quand même 13 ans d'existence. Il va sans dire que pour avoir tenu le cap toutes ces années ces OC ont démontré une capacité d'adaptation pour desservir ces individus, aux problèmes nouveaux, qui se présentent à leurs portes. Aujourd'hui, la grande majorité de leur clientèle est en fait les TVP.

Bien que tous ces OC aient le même objectif commun, soit faire tout en leur possible pour améliorer un tant soit peu les conditions de vie de leurs usagers, et offrir des services en fonction des besoins de leurs clientèles, aucun d'entre eux n'a pour mission principale de venir en aide particulièrement aux individus aux prises avec la triple problématique toxicomanie, vieillissement et précarité.

Les structures des OC sont différentes et organisées en fonction du nombre d'intervenants et de bénévoles qui y œuvrent. Deux seuls OC ne comptent aucun bénévole et le nombre de bénévoles varie d'un organisme à un autre. Une variété de rôles et fonctions sont établis, allant de la gestion, au transport en passant par de l'écoute pour n'en nommer que quelques-uns.

Les problématiques des OC ont évolué de façon significative depuis cinq ans. Ainsi, la hausse de la fréquentation des personnes vieillissantes et isolées, des personnes consommant des substances illicites, des femmes, des personnes ayant des problèmes de santé mentale et/ou de multiples problèmes. Les résultats indiquent également l'augmentation des personnes ayant une dépendance aux jeux, des immigrants et des consommateurs de substances licites. Cette évolution impose les

OC à s'ajuster rapidement pour offrir des services adaptés et pertinents. Ces changements peuvent demander des formations d'appoint, une restructuration des stratégies d'intervention, plus de personnel spécialisé en santé mentale, etc.

Tel que mentionné précédemment, les intervenants des OC s'appuient sur leurs points forts pour réaliser leur mandat, notamment : pas de distinction ou de jugement, confiance, efficacité, expertise, expérience, inclusion, ouverture d'esprit, passion, etc. Ils considèrent aussi que leurs organismes offrent une ambiance chaleureuse, une certaine disponibilité des intervenants, une bonne structure d'intervention, de la solidarité à l'interne comme avec les partenaires. Les manques de financement, de personnel (travailleurs et bénévoles) et d'espace de travail sont considérés comme des faiblesses par les intervenants et les responsables des OC. Les manques de respect, d'ouverture ou d'acceptation de la personne posent parfois des problèmes. Il semble que l'attitude de certains intervenants ne corresponde pas au standard attendu par les usagers et aux valeurs véhiculées par les organismes.

Le manque de ressources humaines adéquates contribue de son côté à l'essoufflement du personnel et des bénévoles que l'on pousse au-delà de leurs limites, car ils doivent non seulement s'acquitter de leurs propres responsabilités, mais également combler les autres besoins de l'organisme.

Bien que le personnel soit en général satisfait de son travail ; les doléances concernent surtout la surcharge de travail et le manque de temps à consacrer aux clients, dus au manque de ressources humaines et de financement empêchant l'ajout de ces ressources.

L'absence d'infrastructures adéquates, particulièrement au sein de petits OC, affecte l'efficacité et l'efficience, la plupart des organismes ne disposant pas d'équipement ou de fournitures adéquates, ce qui crée de la frustration additionnelle, surtout quand la majorité des travailleurs qui œuvrent dans ce domaine sont plus jeunes et leur vie durant ont évolué dans un milieu technologique.

L'accessibilité aux centres de désintoxication (places disponibles, transport) représente un enjeu de taille. Plusieurs usagers ne peuvent y avoir accès à court terme, ce qui réduit l'efficacité des plans interventions.

Les principales suggestions des intervenants au sujet de l'amélioration de la situation des personnes toxicomanes vieillissantes en situation de précarité consistent en une meilleure attitude du personnel, une hausse de financement pour tous les services qui suivent les personnes TVP dans leurs démarches, une accessibilité rapide aux centres de désintoxication, une mise en place de

divers services au sujet de détoxication, une attribution des logements sociaux, une augmentation des activités communautaires, une mise en place des services offerts gratuits et des centres du jour, une meilleure visibilité des OC, une application de meilleures approches sur la toxicomanie et approches spécialisées gérontologie/toxicomanie, une augmentation des ressources, d'information et une mise en place d'un service de navettes.

Dans le domaine communautaire, selon les intervenants, il y a énormément des choses à améliorer et innover. Les représentants des OC suggèrent l'augmentation des ressources et des programmes en général, des ressources financières et matérielles en particulier. Selon eux, l'amélioration de la situation des personnes TVP exige une meilleure intervention à proximité, plus de logements sociaux et HLM/logements supervisés, de programmes de suivi, d'accès aux services, de services alimentaires et le point qui n'est pas de moindre d'importance, les valeurs humaines de tous ceux et celles qui rendent leurs services aux personnes TVP. Pour les intervenants interviewés, il est temps d'offrir de nouveaux services particulièrement à cette clientèle. Le domaine communautaire a besoin de ressources spécialisées en gérontologie et toxicomanie ainsi que des centres interdisciplinaires pour les usagers à problèmes multiples.

La hausse de fréquentation de la clientèle TVP impose une nouvelle stratégie afin de savoir quoi offrir et comment agir à des situations inattendues. Par la perception des interviewés, il s'avère qu'il y a énormément de travail à faire dans ce secteur, afin de favoriser davantage l'atteinte des objectifs pour les personnes toxicomanes vieillissantes en situation de précarité. Les acteurs décideurs du secteur communautaire doivent faire plus pour comprendre et combler les besoins des personnes qui travaillent déjà dans le secteur et encourager celles qui viendront y travailler.

CHAPITRE 6 - RÉSULTATS ET DISCUSSIONS - USAGERS DES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

6.1 Introduction

Ce chapitre décrit les résultats obtenus à la suite de l'étude de la population des usagers. La caractérisation de seize usagers composant la population à l'étude permet de connaître les caractéristiques générales des usagers telles que l'âge, le sexe, l'état civil, l'aspect financier ainsi que leurs problèmes de santé mentale et physique.

Afin de savoir davantage sur ce que l'on peut conclure au regard des usagers TVP fréquentant les OC montréalais, nous examinons diverses relations entre les caractéristiques des usagers.

Les problématiques des usagers sont traitées à travers leur perception et leur vécu. C'est grâce à ces deux éléments importants qu'une meilleure connaissance et une meilleure compréhension de la situation des personnes TVP et de leur relation avec les (OC) peuvent être suscitées. En se basant sur le contenu et le nombre des réponses de 16 usagers, l'analyse qualitative est utilisée afin d'examiner chez les usagers le niveau de fréquentation des OC, les raisons de fréquentation des OC, les services reçus, les points forts et les points faibles des OC, le niveau de satisfaction suite à la fréquentation des OC, les problèmes résolus, les besoins insatisfaits, les attentes, l'impact de la fréquentation des OC, et enfin les recommandations pour l'amélioration de la situation des personnes TVP.

L'étude de cas est représentée par les histoires de trois usagers toxicomanes vieillissant en précarité. À travers ces histoires, un aperçu des épreuves de la population des usagers TVP est obtenu.

6.2 Perceptions des problématiques

6.2.1 Fréquentation des organismes communautaires

Les usagers ont fait état de 19 OC fréquentés dans le passé. Certains participants ont fréquenté plus d'un organisme au fil des ans, totalisant 39 fréquentations différentes pour l'ensemble du groupe. La référence professionnelle, d'amis ou de la famille ainsi que le bouche-à-oreille sont les

principaux moyens de connaissance de l'existence de ces OC. Actuellement, huit usagers ne fréquentent aucun OC ; sept usagers sur huit qui en fréquentent un ou deux le font à partir de leur initiative personnelle.

Les raisons qui incitent les usagers à fréquenter un OC sont très variées (figure VI.1). Les problèmes de santé mentale et de dépendance sont les raisons pour lesquelles il y a eu le plus grand nombre de réponses de la part des usagers de l'enquête. Solliciter des aides diverses, c'est une autre raison que trois usagers ont soulignée. Pour tout ce qui suit, problèmes divers, réorganisation sociale, amitié, emploi, finances et logement, sont les raisons qui ont été respectivement mentionnées par six usagers.

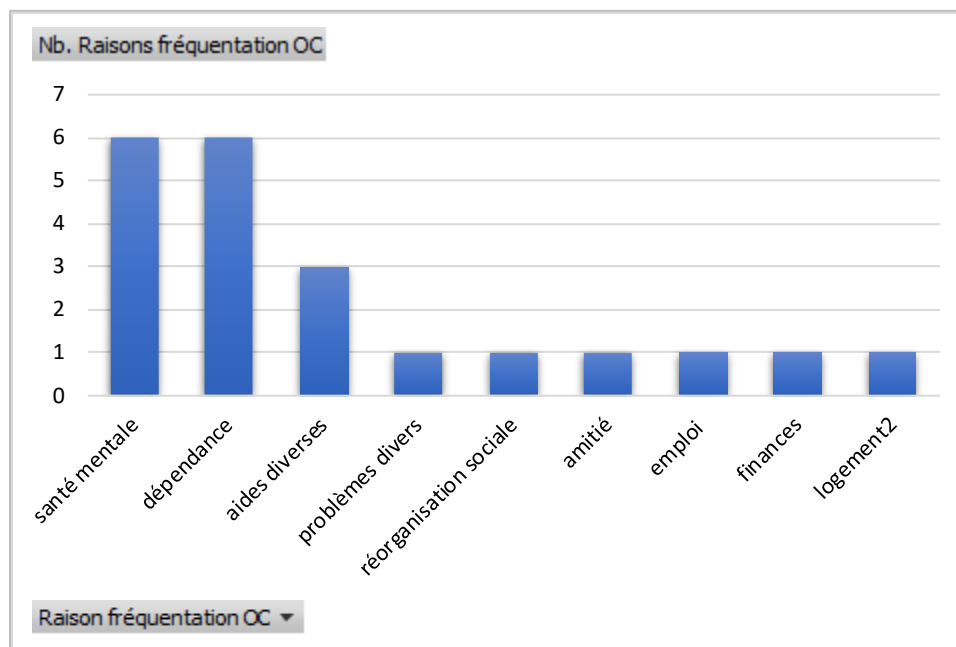


Figure VI. 1. Nombre de réponses sur les raisons de fréquentation des OC

Les 21 raisons soulignées par les usagers ont été classées en fonction de la hiérarchie des besoins fondamentaux (Maslow, 1943) (figure VI. 2). Il est intéressant de constater que la plupart des raisons de fréquentation des OC mentionnées, soit 14 (santé mentale, dépendance, emploi, finances, logement, aides diverses) se situent dans la section « Sécurité ». Les raisons telles que : réorganisation sociale, amitié, problèmes divers sociaux; au nombre de trois, sont incluses dans les

« Besoins sociaux » et enfin, les raisons (nourriture, estime personnelle) au regard de « Besoins physiologiques (2) et « Estime (2) » occupent les plus petites sections du diagramme.



Figure VI. 2. Fréquentation chez les usagers en fonction des besoins fondamentaux de l'être humain

6.2.2 Services reçus

Les usagers affirment avoir reçu divers services dans les OC qu'ils fréquentent ou qu'ils ont fréquentés. La majorité, soit 8 d'entre eux, ont répondu avoir reçu des services qui concernent la socialisation et l'information (figure VI.3). Trois usagers ont reçu des services d'écoute, deux un peu d'aide, deux un peu d'aide financière, 6 autres disent avoir respectivement reçu de l'aide à la cour, de l'accompagnement, des services de groupe et d'activités, de l'aide médicale, de l'intervention et du soutien. À noter que deux usagers n'ont pas donné de réponses et un autre a répondu n'avoir reçu aucun service. Un autre point à noter est que certains usagers précisent avoir reçu plus d'un service auprès d'un ou plusieurs OC.

La majorité des répondants (14) ont apprécié les services reçus. Toutefois, le degré de satisfaction reste variable selon les aspects.

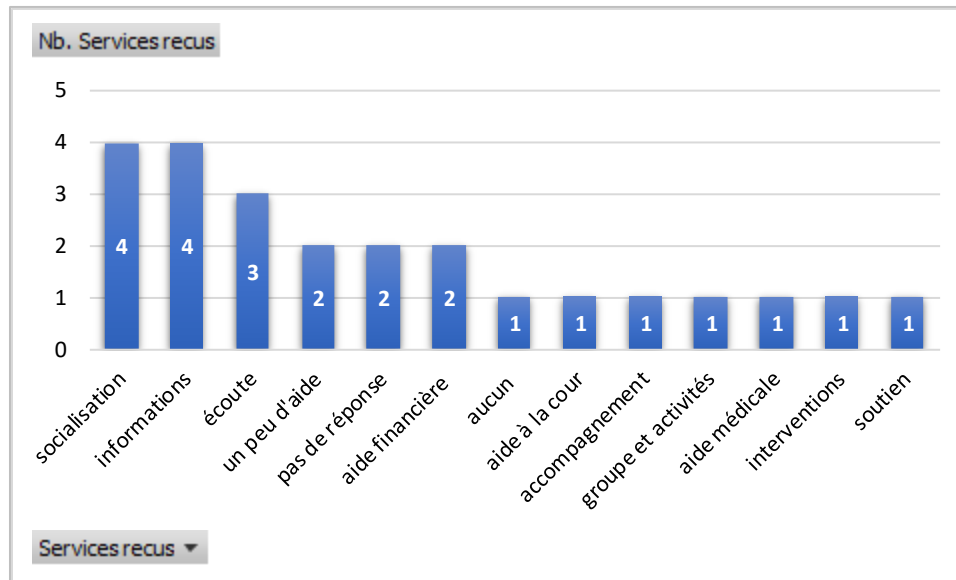


Figure VI.3. Nombre de services reçus par catégorie

6.2.3 Points forts et points faibles des organismes communautaires

En ce qui concerne les points forts des OC, sur seize répondants, huit expriment leur satisfaction, mais sans préciser les points forts, trois ne s'expriment pas sur la question, trois mentionnent le service d'écoute, un répondant mentionne les repas et enfin, un autre répondant donne une réponse neutre.

Les usagers ont trouvé certaines faiblesses toutefois : manque de personnel (3) préjugés sur les usagers (2), heures trop courtes (1), service trop rapide (1), services insuffisants (1), manque de flexibilité (1), beaucoup de vérifications pour le repas (1), arrogance du personnel (1), organisation (1) et une réponse neutre. 7 usagers n'ont pas souhaité ou n'ont pas su s'exprimer sur la question.

6.2.4 Problèmes résolus et impact positif

En ce qui a trait à la résolution des problèmes pour lesquels les usagers ont consulté les services des OC, la majorité (13) a mentionné avoir résolu, en partie ou totalement, son ou ses problèmes (figure VI.4).

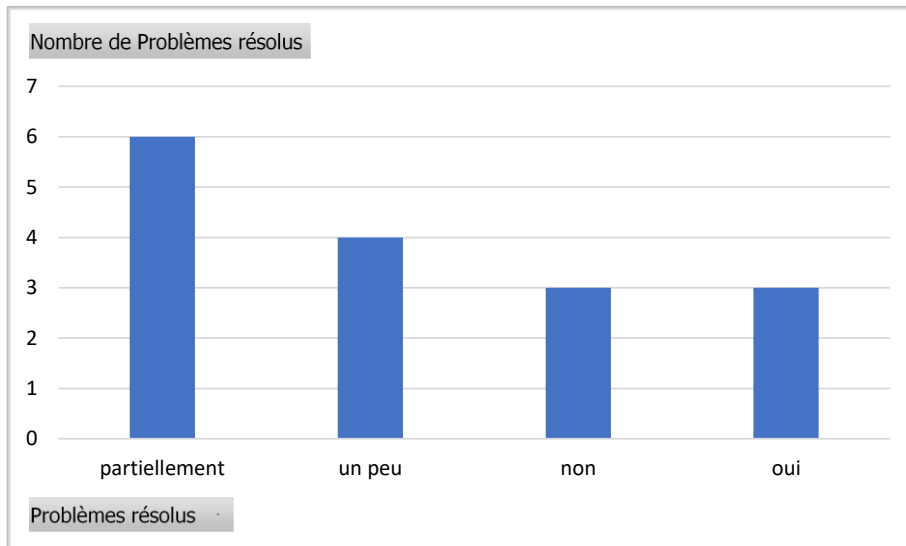


Figure VI. 4. Nombre de problèmes résolus par degré de résolution

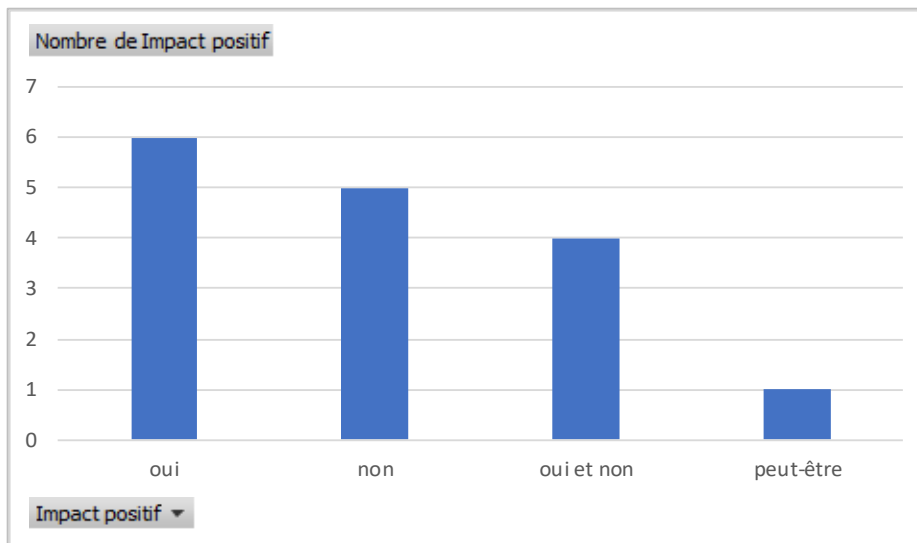


Figure VI. 5. Nombre de réponses sur l'impact positif des OC

L'impact positif des OC sur les usagers est bien présent. Six usagers affirment avoir eu un changement positif dans leurs vies à la suite de la fréquentation des OC, un usager n'en est pas complètement sûr et quatre autres disent que la fréquentation des OC a suscité des changements positifs chez eux, même si ce n'est que partiellement ou si ces changements sont mitigés (figure

VI. 5). Le reste des usagers, soit cinq, ne reconnaît pas avoir eu de changement positif dans leurs vies.

En matière d'intégration sociale, il ressort que la fréquentation d'un OC n'élève pas la participation des usagers à la vie de la communauté. Des problèmes comme l'asthme, les problèmes cardiaques, l'ignorance des technologies, le manque d'autonomie ont été amoindris.

Néanmoins, la fréquentation des OC a servi de motivation pour certains usagers afin qu'ils participent activement dans la vie communautaire. Ainsi, cinq personnes mentionnent avoir déjà fait du bénévolat au sein d'un OC.

Les usagers ont eu à se positionner aussi à l'égard de l'impact positif des OC dans la communauté. Cinq personnes disent qu'un OC aide les gens ; d'autres éléments ont été mentionnés par l'un ou l'autre des usagers : aide les gens de la communauté, les gens démunis, les gens qui expriment un besoin, les intervenants font ce qu'ils peuvent pour combler les besoins. Toute personne qui a besoin, que ce soit les gens fragilisés psychologiquement ou jugés par le système et les gens seuls peuvent obtenir de l'aide auprès d'un OC.

6.2.5 Besoins et attentes

Au regard des besoins des usagers, sur seize réponses obtenues, six proviennent des usagers qui ont répondu par « oui » et « beaucoup » sans préciser les besoins; sept des usagers ont précisé les besoins : financiers, service de santé, socialisation et soutien général. Seulement trois réponses non affirmatives sont obtenues des usagers qui furent incapables de formuler leurs besoins.

Les réponses sur les besoins ont été comparées à celles sur les problèmes résolus afin de mesurer l'échelle de satisfaction en fonction de besoins des usagers. L'échelle de satisfaction est construite sur les quatre types de réponses obtenues à la question des problèmes résolus : non, un peu, partiellement et oui. La réponse « non » définit le niveau de satisfaction négatif, la réponse « un peu » le niveau « faible », la réponse « partiellement » le niveau moyen et la réponse « oui » le niveau de satisfaction élevé.

Les cinq types de réponse à la question sur les besoins sont : 1. « tout besoin » qui est déterminé pour résumer les réponses « oui », « beaucoup », « soutien en général »; 2. « besoins sécurité » résumant les réponses « besoins base » et « besoins financiers », 3. « besoins sociaux » pour

représenter la réponse « socialisation », 4. « besoins santé » pour représenter la réponse « santé mentale » et 5. « besoins indéterminés » pour la réponse « non ». Le nombre plus élevé des réponses « partiellement » (6) correspond aux réponses sur les besoins de santé (2), tous besoins (2) et les besoins de sécurité (2). Au niveau de satisfaction « faible », on trouve le nombre plus élevé des réponses « un peu » (4), qui correspond aux réponses sur les besoins de santé (2), tous besoins (1) et besoins sociaux (1). Au niveau de satisfaction « élevé », 3 usagers ont répondu le nombre plus élevé de réponses « oui » ce qui correspond aux réponses sur les besoins de santé (1), tous besoins (1) et besoins indéterminés (1). Enfin, 3 usagers ont donné un niveau de « non-satisfaction » ce qui correspond aux réponses sur les besoins de santé (1), tous besoin (1) et besoins de sécurité (1).

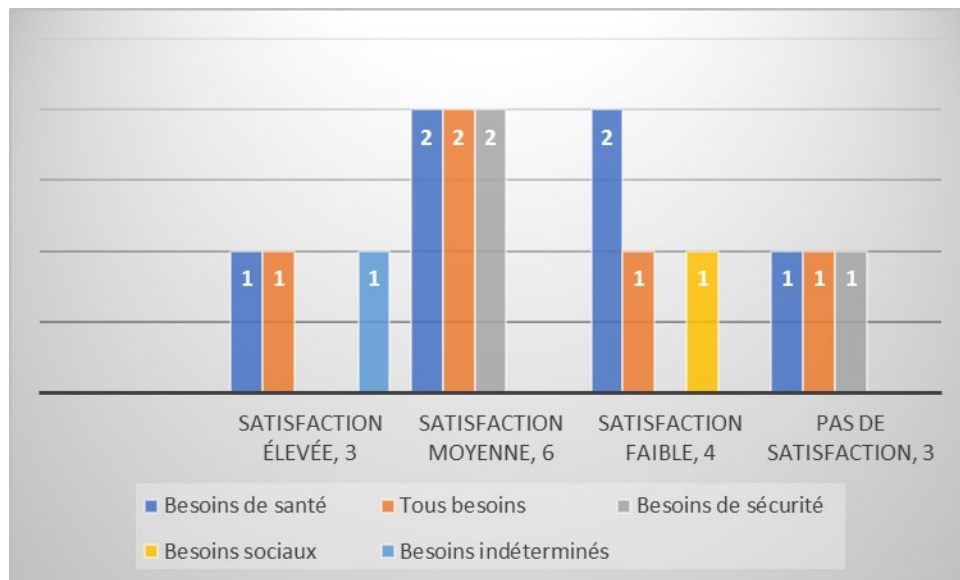


Figure VI.6. Échelle de satisfaction en fonction du nombre de besoins

Il ressort donc qu'à la suite de la fréquentation des OC, la majorité des usagers (8) a partiellement résolu ses problèmes au regard des besoins de santé, besoins de sécurité et tout autre besoin; cela signifie que la satisfaction est de niveau moyen. Alors que 5 usagers ont un peu résolu leurs problèmes au regard de leurs besoins de santé, besoins sociaux et tout autre besoin; leur niveau de satisfaction est faible. Le niveau de satisfaction élevé est atteint pour 4 usagers qui ont complètement résolu leurs problèmes au sujet de besoins de santé, besoins indéterminés et tout

autre besoin. Le même nombre d'utilisateurs non satisfaits, soit 4, n'ont résolu aucun de leurs problèmes au sujet de besoins de santé, besoins de sécurité et tout autre besoin.

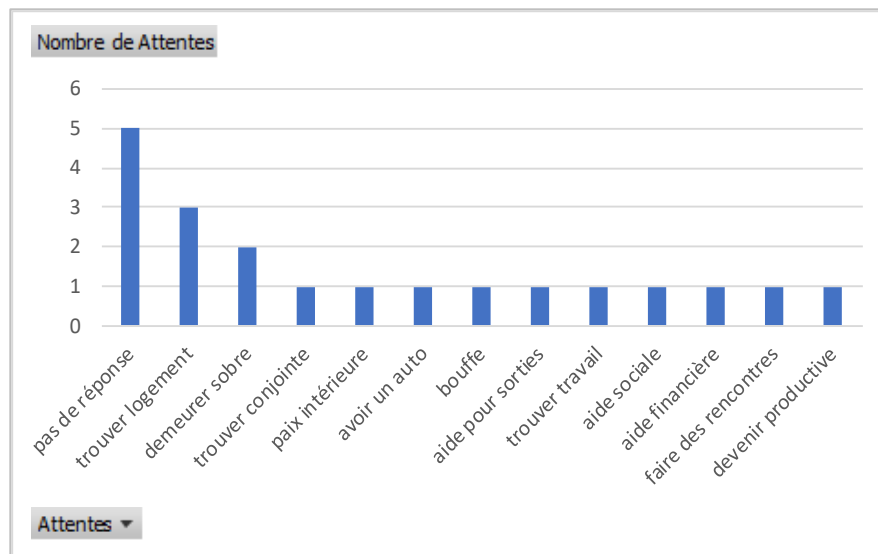


Figure VI. 7. Nombre d'attentes personnelles par sujet

En ce qui concerne les attentes, différentes réponses ont été obtenues par 11 usagers; 5 usagers n'ont pas donné de réponses (figure VI. 6). Les usagers qui ont répondu semblent avoir des objectifs clairs. Certains souhaitent que leurs besoins soient comblés, d'autres espèrent atteindre des objectifs au-delà de leurs besoins base ou de sécurité. Ainsi, sur 20 réponses obtenues, 3 reposent sur l'espoir de trouver un logement, 2 sur l'espoir de demeurer sobre et 10 reposent respectivement sur l'espoir de trouver une conjointe, de retrouver la paix intérieure, d'avoir une auto, d'avoir une bonne nourriture, d'avoir de l'aide pour sortir, de trouver du travail, d'avoir de l'aide sociale, d'avoir de l'aide financière, de faire des rencontres et de devenir productive.

6.2.6 Recommandations sur l'amélioration de la situation des personnes TVP

Les usagers se sentent à l'aise pour donner de nombreuses recommandations sur l'amélioration de la situation des personnes TVP. Certains répondants n'hésitent pas à donner plus qu'une recommandation. Le nombre plus élevé de recommandations s'avère pour les augmentations de la taille du personnel (6) et de l'aide financière (6) (figure VI. 7).

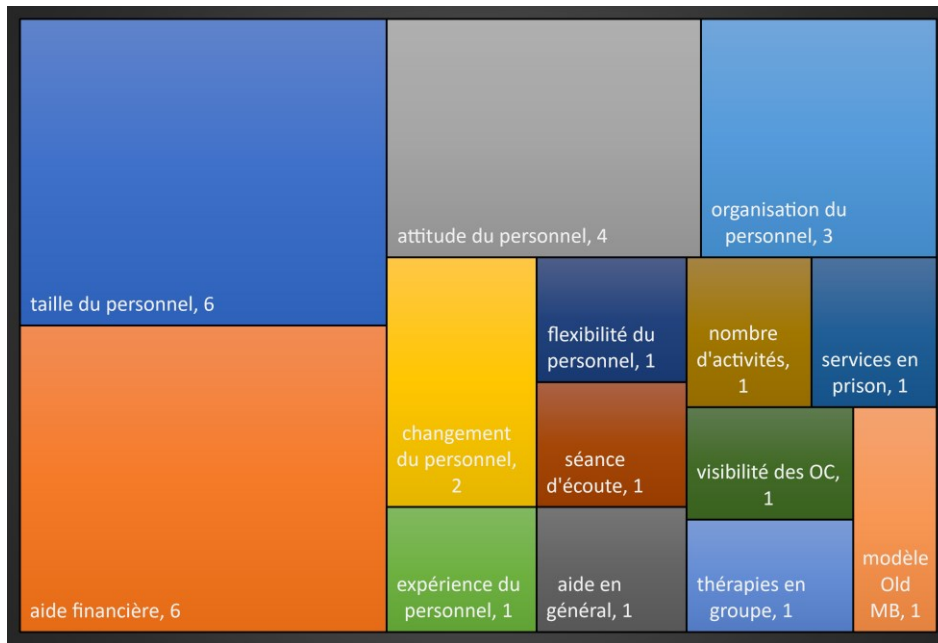


Figure VI. 8. Recommandations sur l'amélioration de la situation des personnes TVP

Tableau VI. 1. Regroupement des recommandations

	Aspect	Nb. Recommandations'
PERSONNEL	Taille du personnel	6
	Attitude du personnel	4
	Organisation du personnel	3
	Changement du personnel	2
	Expérience du personnel	1
	Flexibilité du personnel	1
	Total	17
SERVICES	Aide financière	6
	Séance d'écoute	1
	Aide en general	1
	Nombre d'activités	1
	Services en prison	1
	Visibilité des OC	1
	Thérapies en groupe	1
	Voir le modèle de Old Mission Brewery	1
	Total	13

Quatre recommandations portent sur l'attitude du personnel. Selon les usagers qui ont livré ces dernières, le personnel des OC devrait être plus communicatif et compréhensif envers les usagers. L'organisation du personnel est une autre préoccupation qui attire l'attention de certains usagers, trois recommandations ont été obtenues à ce sujet. En plus, des recommandations pour le changement du personnel (2) ont été aussi suggérées. Le reste des recommandations (8) portent respectivement sur la flexibilité du personnel, le nombre d'activités, les services en prison, les séances d'écoutes, la visibilité des OC, l'expérience du personnel, l'aide en général, les thérapies en groupe et l'exemple du modèle de l'OC à suivre. Les recommandations sur la taille du personnel et l'aide financière occupent les plus grandes sections du diagramme. En tenant compte des mots similaires ou des mots clés observés dans les réponses, les recommandations livrées ont été divisées en deux groupes : personnel et services (tableau VI.1) Il est à noter que les usagers livrent plus de recommandations sur le personnel que les services des OC. Le total des recommandations sur le personnel est de 17, alors que le total de recommandations sur les services est de 13.

6.2.7 Résultats d'analyse

Les données recueillies en entrevues ont été comparées aux études effectuées sur le sujet d'étude. De divers auteurs tels que Gossop M. (2008), Otero M., et Roy S. (2013), Bertrand K. et Brochu S. et al (2016) évoquent pour les personnes toxicomanes vieillissantes, la chronicisation des problèmes de toxicomanie, de santé mentale et physique ainsi que la marginalisation, la vulnérabilité et la stigmatisation sociale et leurs divers besoins comblés.

Tous les usagers participant dans cette étude ont indiqué avoir fréquenté dix-neuf (19) OC dans le passé. Le nombre de leurs fréquentations (39) s'avère élevé sachant que certains usagers ont fréquenté plus d'un organisme au fil des ans.

Les raisons qui ont poussé les usagers à fréquenter un OC et qui comptent le plus grand nombre des réponses sont les problèmes de santé mentale et de dépendance. L'étude constate que selon la hiérarchie des besoins de Maslow, les raisons regroupées sous la catégorie « Besoins de sécurité » consistent 14 sur 21 de toutes les raisons indiquées par les usagers lors des entrevues. Ce constat est cohérent avec le profil des seize usagers toxicomanes/ex-toxicomanes vieillissants et précaires qui présentent des pathologies mentales et physiques et sollicitent de l'aide pour survivre ou améliorer leur qualité de vie.

D'une part, le besoin d'avoir accès à des soins de santé, et d'autre part, l'impossibilité d'avoir une bonne qualité de vie à cause de leurs problèmes de santé, mais aussi des coûts inabordables en raison de faibles revenus ou d'absence de revenus. Ce sont les raisons qui poussent réellement les usagers TVP à fréquenter les OC.

Les raisons incluses dans les besoins sociaux présentant un nombre moindre (4) ne sont pas pour autant de moindre importance. Les entrevues ont mis en évidence l'isolement social des ~~usagères~~ et-usagers TVP: en plus de raisons de sécurité et de protection, ils fréquentent les OC et d'autres lieux d'accueil dans le but de développer des contacts sociaux et de trouver ce qui est humain, aimable, respectueux et confiant. Les OC fréquentés semblent avoir satisfait la majorité des usagers (8) qui soulignent avoir reçu des services concernant la socialisation et l'information.

Les usagers ont pu partager leur expérience de fréquentation des OC en mettant l'accent sur ce qu'ils ont apprécié ou pas. Ainsi, 8 usagers ont évalué positivement les OC en exprimant leur satisfaction, mais sans préciser les points forts. Le fait de parler à quelqu'un et de manger de bons repas sont parmi les éléments positifs précisés. Toutefois, l'évaluation des OC en fonction de faiblesses indique que 14 usagers mettent en évidence de nombreux points faibles. Cela dit, certains usagers sont objectifs dans leur évaluation en identifiant non seulement les points forts, mais aussi les points faibles ou vice versa.

Quant à la question de l'impact à la suite de la fréquentation des OC, plus de la moitié des usagers affirment d'avoir eu de différents degrés de changement positif dans leurs vies.

La question des besoins s'est avérée difficile pour 9 usagers, dont certains sans préciser ont affirmé en avoir, d'autres en avoir beaucoup et le reste, dans l'impossibilité de formuler les besoins, a donné des réponses non affirmatives. Il est à mentionner que les personnes TVP ont souvent des faibles capacités. Les besoins qui ont été mentionnés par les usagers qui ont pu répondre concernent les services de santé, la socialisation et le soutien en général.

L'élaboration d'une échelle de satisfaction a permis d'établir le niveau de satisfaction des usagers relativement aux problèmes résolus liés aux besoins. Seulement 3 usagers se sentent insatisfaits, alors que 13 usagers partagent différents degrés de satisfaction dont le niveau de satisfaction « moyen » relève le plus grand nombre des usagers. Les répondants sentent généralement que les OC font leur possible pour les aider.

Ces résultats de satisfaction sont cependant encourageants étant donné ce dont les personnes TVP disposent et le contexte de pauvreté dans lequel elles évoluent, et qui les rend incapables de répondre à plusieurs de leurs besoins. La non-satisfaction des besoins traduit un dysfonctionnement dans la capacité d'appropriation des ressources. Ces personnes éprouvent en effet une grande difficulté à gérer les ressources qui permettent de répondre à leurs besoins. Elles sont vulnérables, car elles n'ont pas la capacité de réaliser les ajustements nécessaires pour protéger leur bien-être.

En contraste avec la difficulté rencontrée pour établir les besoins, la plupart des usagers à l'aise à la question ont eu de la facilité à dévoiler leurs objectifs. Ainsi, 16 usagers ont répondu clairement sur leurs objectifs déterminés. Les usagers s'attendent à ce que les OC les aident à régler les problèmes pour lesquels ils consultent. Des attentes plus spécifiques auxquelles on n'a pas encore répondu sont précisées : aide financière ou de socialisation, trouver un appartement, un travail ou un conjoint et demeurer sobre, acquérir une voiture ou de la nourriture, devenir une personne plus productive.

En revanche, ceux qui n'ont pas pu répondre sont parmi les usagers qui n'ont pas pu formuler leurs besoins non plus. Il s'agit des personnes TVP qui souffrent de plusieurs pathologies mentales et qui consomment actuellement de substances psychotropes. Comme mentionné plus haut, leurs capacités sont réduites. À ce propos, le personnel des OC intervenant en toxicomanie fait des efforts pour améliorer les capacités de ces personnes, mais, parce qu'une grande partie des aspects touchés sont déficients, c'est un travail de longue haleine, avançant à petits pas, qui demande beaucoup de temps et de soutien. Avec le manque de ressources et le roulement de personnel, cet objectif devient presque illusoire à atteindre.

En ce qui concerne les recommandations pour l'amélioration de la situation des TVP, les usagers tous sans exception livrent des recommandations qui portent sur ~~de~~ différents aspects. Il semble que les usagers font leurs propositions d'un esprit critique et constructif envers le travail du personnel et le fonctionnement des OC. Dans la cible de leurs recommandations sont le personnel et les services. Les recommandations livrées sur le personnel sont plus nombreuses que celles sur les services. À partir de ces recommandations, il y a un ressenti prégnant qui est lié au rapport des usagers avec le personnel des OC. Les personnes TVP espèrent trouver chez le personnel (intervenant, bénévoles et tout autre personne impliquée dans les activités des OC) ce qui leur manque humainement. En premier lieu, ils recherchent le contact avec les intervenants. Ce qu'ils

attendent principalement de ces échanges sont le lien de confiance, la reconnaissance, la valorisation ainsi que le non-jugement.

6.3 Récits de vie

Plusieurs facteurs ont contribué au développement d'une trajectoire de consommation toxicomaniaque problématique. Ces éléments seraient issus des interactions entre les différents systèmes présents dans la vie du groupe de personnes qui est visé par notre recherche.

Cette consommation engendre des conséquences importantes sur la vie de l'individu, mais aussi sur son environnement et les problématiques qui y sont associées.

Plusieurs récits racontés lors de diverses rencontres réalisées dans le cadre de cette étude ont permis d'obtenir un portrait des usagers qui est nécessaire afin de mieux comprendre les divers enjeux que peuvent vivre les personnes toxicomanes vieillissant en état de précarité dans le quotidien.

Parmi les nombreux récits, seulement trois sont sélectionnées pour être présentées dans cette section. Les trois histoires de type de cheminements d'individus donnent un bon aperçu des épreuves que vit la population qui nous intéresse. Les noms utilisés sont évidemment fictifs et les histoires visent à mieux cerner les diverses constructions de la réalité que ces individus se font de leurs diverses expériences de vie.

6.3.1 Portrait de Guy

Nous avons rencontré Guy à l'organisme Programme Addiction Outreach. Il a 56 ans et vit seul en appartement ou en refuge tel que Old Brewery Mission et d'autres depuis environ 10 ans. Sa conjointe de longue date est décédée depuis environ 6 ans. Il n'a pas de réseau social aidant. Sa sœur qui l'aide à l'occasion est épuisée et ne s'entend plus avec lui et refuse maintenant de l'aider. Guy a deux fils avec qui il n'a aucun contact depuis des années.

Selon lui, il n'est pas toxicomane, mais consomme divers psychotropes et boit de l'alcool quotidiennement depuis qu'il a 15 ans. Guy vit de l'assistance sociale, il est dépressif et admet être seulement dépendant au tabac. De 2014 à tout récemment, il a vécu une douzaine d'hospitalisations à cause des problèmes d'intoxication aux drogues et à l'alcool. Ses hospitalisations fréquentes se

font généralement après avoir reçu son chèque en début du mois. Lors de notre première rencontre, Guy semblait un peu confus et désorienté dans le temps, mais n'avait pas besoin d'être stimulé pour continuer de raconter son vécu. Malgré ses difficultés organisationnelles reliées à sa consommation, il s'est montré plus préoccupé par ses problèmes financiers et une accusation en cours criminelle pour voie de fait que par sa toxicomanie ou consommation excessive d'alcool et de drogues. Il fréquente quatre ou cinq organismes de façon régulière.

6.3.2 Portrait de Victoria

Dans un centre anglophone de Montréal (Addington House), nous avons eu la chance de rencontrer une femme qui a voulu discuter. Ce centre (qui a depuis fermé ses portes pour difficultés financières) traitait chaque année quelque deux cents Montréalais anglophones comme Victoria qui ont sombré dans la toxicomanie, l'alcool ou le jeu pathologique.

Victoria nous a raconté comment en six ans elle avait ruiné sa vie à cause du jeu pathologique. Victoria a fraudé sa famille, ses enfants et ses amis, ainsi que son employeur pour plusieurs milliers de dollars. Elle raconte qu'elle se rendait dans les bars à une ou deux heures de chez elle pour ne pas être reconnue. En repartant du bar, les poches vides, elle criait dans son auto, le pied sur l'accélérateur et se foutait de faire un accident et d'y mourir.

Selon Victoria c'est après le départ de ses enfants, partis vivre chez leur père, que la déprime et solitude s'installent. Un soir, elle rencontre un homme qui deviendra son amoureux d'un temps, qui l'invite à aller avec lui dans un bar de l'ouest de la ville. Victoria et son nouvel ami se mettent à jouer aux machines vidéo et elle a de la chance (ou malchance!) et gagne quelques centaines de dollars. Elle s'est mise à croire que le jeu pourrait la faire vivre, que si elle avait gagné une fois, elle gagnerait encore.

Devant la machine (appareil de loterie vidéo ou ALV), la tristesse, la solitude et la colère s'envolent. Elle se sent comme dans une bulle protégée. La valorisation, l'émerveillement, le côté risque de la chose lui plaisaient et lui faisaient vivre des émotions. Sa descente aux enfers a été très rapide. Après quelques fois seulement, elle se sent déjà accro aux ALV. Après un an à vivre sa nouvelle « passion », elle fait sa première faillite sans même réaliser les conséquences graves du jeu. Elle était dans un déni total, rien n'avait plus d'importance pour elle. Elle ne payait plus du

tout ses factures, car elle ne voulait pas dépenser de l'argent à l'exception du jeu et, manger ou dormir n'avait plus aucune importance non plus.

Quand elle se réveillait d'un court sommeil, quand elle rêvait, la seule question qui l'intéressait était comment trouver de l'argent pour jouer cette journée. À la fermeture des bars, à trois heures du matin, Victoria abandonnait sa machine à contrecœur et était de retour trépignant déjà devant la porte à peine quatre heures plus tard pour se ruer sur le même ALV.

Victoria se met à acheter de puissants médicaments pour pouvoir dormir, car même quand elle était chez elle, elle entendait encore les machines dans ta tête et ça l'empêchait de dormir. Parfois, elle était seule dans le bar et les serveurs et serveuses la laissaient jouer sur trois, quatre ou cinq machines en même temps pour maximiser ses chances de gagner, mais ça ne faisait que multiplier ses chances de perdre gros. Ses proches se laissaient berner par les mensonges de Victoria et elle les convainquait même de lui confier leur argent en prétextant le faire fructifier à la bourse. Dans sa tête, ce n'était pas une fraude, c'était un emprunt et elle croyait réellement qu'elle pourrait se refaire et rembourser tout le monde. Mais un jour, les amis, la famille se parlent et réalisent la supercherie et déposent des accusations criminelles. Avec tout ce qui lui arrivait, le stress qu'elle vivait était énorme et elle jouait encore plus et ne dormait quasiment plus.

Pour continuer de jouer, Victoria trouva le moyen de frauder son employeur de plusieurs milliers de dollars pensant jouer et gagner afin de rembourser tout le monde, mais en deux ou trois jours elle a tout perdu. Elle continua de frauder son employeur, mais lors d'une vérification comptable, tout s'est écroulé.

Quand la police est finalement intervenue et l'a arrêtée, elle a été incarcérée pendant quelques jours et a décidé de plaider coupable. Elle a passé dix-huit mois en prison et fut conditionnellement libérée il y a deux mois. Depuis sa sortie, elle fréquente les joueurs anonymes et divers OC pour divers besoins. Elle a du mal à s'intégrer ou à demander de l'aide et se sent souvent jugée par les intervenants des divers organismes qu'elle fréquente. Aujourd'hui, bien que libre, Victoria a toujours des obstacles à surmonter. Elle se retrouve seule au monde, sa famille et ses amis ne lui ont jamais pardonné. Elle est en train de réapprendre à sortir de sa tête et à dire bonjour, à s'ancrer dans la simplicité des choses.

6.3.3 Portrait de Marc

Notre rencontre avec Marc a été très révélatrice. Nous l'avons rencontré à la CSUQ. Il venait chercher des coupons d'épicerie d'IGA et essayait de demander d'autres coupons pour sa vieille mère (j'ai appris lors de l'entretien qu'elle était décédée en 1998) ; il s'inquiète du fait qu'il allait sûrement être dans la rue d'ici peu.

C'est à la suite d'un appel de la fille du propriétaire qui s'inquiétait de son isolement social et de sa vie chaotique que Marc a eu son premier contact avec l'organisme CSUQ. Marc, 64 ans, marche avec une canne à la suite d'un accident d'un soir quand il était saoul. Il a besoin de soutien de l'organisme pour passer à travers ses problèmes financiers, de logement et d'abus d'alcool. Il consomme également du cannabis de façon quotidienne depuis plus de 20 ans. Il vit seul dans son appartement qui est accessible par une dizaine de marches d'escalier externe. À cause de ses problèmes de mobilité, Marc ne sort quasiment pas à l'extérieur. Il dépendait de son propriétaire et de la fille de celui-ci qui lui rendait visite régulièrement pour faire ses courses et lui apporter à manger, mais le propriétaire a récemment vendu sa propriété et ne pourra plus aider Marc. Marc a un fils qui vit à l'extérieur du Canada et qu'il n'a pas vu depuis plusieurs années.

En plus de son problème de mobilité, il souffre de douleurs arthritiques et de haute tension artérielle. Il a une consommation d'alcool particulièrement élevée, buvant jusqu'à deux bouteilles de vin par jour. Plusieurs de ses hospitalisations depuis ces vingt dernières années sont dues à des comas éthyliques ou à des chutes quand il est en état d'ébriété. Conscient de ce problème, mais limité dans ses allées et venues, Marc demande de l'accompagnement pour se sortir de sa dépendance à l'alcool, mais ne voit pas de problème avec sa consommation de cannabis. Sa priorité selon lui est d'abord de trouver un appartement... après il est certain qu'il cessera de boire...

6.3.4 Résultats d'analyse

Ces histoires de Guy, Victoria et Marc représentent un portrait des personnes toxicomanes, vieillissant en précarité qui fréquentent les OC de la ville de Montréal.

Les traumatismes psychologiques, la pauvreté, les maladies, les mauvaises fréquentations sont à l'origine de continuelles secousses de la vie de toute personne. La fragilité humaine face à ces événements prend de formes différentes en fonction de la motivation de chaque personne de trouver

un sens à sa vie. Cette motivation est le fruit d'une grande réflexion personnelle dans le but de comprendre pourquoi l'évènement est survenu dans sa vie et d'évaluer par la suite l'impact de cet évènement sur sa personnalité et son parcours de vie. Les capacités cognitives qui amènent l'individu à mettre l'accent sur l'aspect positif d'un évènement traumatique ou d'une expérience négative ne fonctionnent pas de la même façon pour toute personne. Leur dysfonctionnement ou l'absence de certaines d'entre elles empêchent certaines personnes de trouver la motivation, de donner un sens à la vie, d'augmenter leur estime de soi par suite de l'évènement négatif de leur vie. Pour cette raison, ces personnes cherchent la « solution » en recourant aux habitudes de consommation des psychotropes jusqu'à ce qu'elles deviennent toxicomanes. Une fois la dépendance s'installée, la gravité prend de l'ampleur et les situations négatives s'engendrent en chaîne. Il reste un seul espoir, demander secours aux proches et à la communauté (OC, bénévoles, employeurs, amis). Grâce à leur soutien, beaucoup de personnes toxicomanes s'en sortent et arrivent à atteindre l'objectif de sobriété. La communauté joue un rôle déterminant, mais son soutien demeure fragile. Les OC font de grands efforts pour aider les personnes toxicomanes et ex-toxicomanes. Des liens significatifs entre les usagers fréquentant les OC et les intervenants se créent. C'est justement dans ces liens que les usagers cherchent la sécurité affective qui leur manque. Le rôle des OC devient crucial dans le maintien de leur santé et de l'implication sociale lorsque leur situation se dégrade en raison de l'éloignement des êtres chers. C'est le cas de Guy et de Marc. Les deux se sentent seuls et abandonnés, les deux ont des problèmes de santé mentale et physique et leur problème majeur est la consommation d'alcool. Alors que Marc est conscient de son problème de dépendance, Guy ne l'est pas. Les deux sont assez âgés et malades pour pouvoir travailler. Les deux ont de nombreux besoins : pour Guy le besoin le plus éminent est d'avoir un peu plus d'aide financière pour pouvoir régler ses ennuis avec la justice; pour Marc, l'émergence est de trouver un appartement. Les deux croient que si leurs besoins éminents étaient satisfaits, leur problème de consommation serait résolu. Les deux fréquentent les OC qui leur offrent plusieurs services. C'est grâce aux OC qu'ils arrivent à tenir debout.

6.4 En bref

Les résultats de la recherche présentés dans ce chapitre, permettent de catégoriser les TVP en fonction des différents critères analysés : groupe d'âge, groupe d'âge le plus important en nombre, homme ou femme, état civil, revenus et de tenter de dégager des relations entre ces différentes catégories.

En plus des résultats distinctifs, il résulte que, toutes catégories confondues, la grande majorité des TVP de l'étude fait face à plus d'un problème de santé mentale, pouvant aller jusqu'à quatre pathologies. Par ailleurs plus du tiers des TVP de l'enquête présentent des pathologies chroniques, parfois même plusieurs, en plus de leurs problèmes de santé mentale. En termes de dépendance, l'alcool et la cigarette représentent les dépendances prédominantes, presque la moitié des usagers de l'étude en consomment ou en ont consommé, suivi de près de la consommation de drogues, pour plus du tiers de la population à l'étude.

La petite taille de la population à l'étude ainsi que le nombre élevé des catégories pour certaines variables ont influé sur les résultats qui n'ont pas indiqué l'existence de relations entre plusieurs variables étudiées. Seules les relations : Aspect financier - Sexe, Âge - Drogues, Sexe - Consommation de cigarettes se sont révélées significatives.

Tous les usagers participant dans cette étude ont indiqué avoir fréquenté dix-neuf (19) OC dans le passé. Le nombre de leurs fréquentations (39) s'avère élevé sachant que certains usagers ont fréquenté plus d'un organisme au fil des ans. La fréquentation actuelle est remarquée par une baisse de 62% étant donné que seulement 50% des usagers ne fréquentent qu'un seul OC.

Les raisons qui ont poussé les usagers à fréquenter un OC et qui comptent le plus grand nombre des réponses sont les problèmes de santé mentale et de dépendance. L'étude constate que selon la hiérarchie des besoins de Maslow, les raisons regroupées sous la catégorie « Besoins de sécurité » consistent 68% 14 de toutes les raisons indiquées par les usagers lors des entrevues. Ce constat est cohérent avec le profil des seize usagers toxicomanes/ex-toxicomanes vieillissants et précaires qui présentent des pathologies mentales et physiques et sollicitent de l'aide pour survivre ou améliorer leur qualité de vie.

Le besoin d'avoir accès à des soins de santé et l'impossibilité d'avoir une bonne qualité de vie à cause de leurs problèmes de santé, mais aussi des coûts inabordables en raison de faibles revenus

ou d'absence des revenus sont les raisons principales qui poussent les usagers TVP à fréquenter les OC.

Les raisons incluses dans les besoins sociaux présentant un nombre moindre. Les entrevues ont mis en évidence l'isolement social des ~~usagères~~ et usagers TVP: en plus de raisons de sécurité et de protection, ils fréquentent les OC et d'autres lieux d'accueil dans le but de développer des contacts sociaux et de trouver ce qui est humain, aimable, respectueux et confiant.

Les OC fréquentés semblent avoir satisfait la majorité des usagers 8 qui soulignent avoir reçu des services concernant la socialisation et l'information.

Ainsi, nonobstant ce résultat sur leur satisfaction pour les services reçus, la moitié des usagers de l'enquête qualifient leur expérience générale des OC comme positive et considèrent aussi que leur fréquentation des OC a eu des conséquences positives dans leurs vies. Ils sont tout de même incapables de nommer les éléments spécifiquement forts. Seul un faible nombre se dit insatisfait des OC mais exprimer les points faibles a été beaucoup plus facile. Seul un faible nombre a pu vraiment identifier tant des points forts que faibles tout en considérant que les OC font leur possible pour leur venir en aide.

Tout comme ils ont été incapables d'identifier les points forts des OC, un peu plus de la majorité des TVP de l'enquête n'a pu non plus identifier ses propres besoins, à l'exception d'un besoin de services de santé, de socialisation et d'un soutien général. Il est important par ailleurs de garder en tête qu'un des aspects importants de la personnalité des TVP est souvent un manque de capacités. Malgré tout une grande majorité d'entre eux ont pu exprimer les objectifs qu'ils souhaitent atteindre et quelques recommandations face aux améliorations à apporter chez les OC, notamment sur le manque de personnel et certains services absents.

En ce qui concerne les recommandations pour l'amélioration de la situation des TVP, les usagers tous sans exception livrent des recommandations qui portent sur de différents aspects. Dans la cible de leurs recommandations sont le personnel et les services. Les recommandations livrées sur le personnel sont plus nombreuses que celles sur les services.

Les histoires de Guy, Victoria et Marc représentent un portrait des personnes toxicomanes, vieillissant en précarité qui fréquentent les OC de la ville de Montréal.

CHAPITRE 7 - RELATION DES RÉSULTATS OC – USAGERS & STRATÉGIES DÉCOULANT

7.1 Introduction

Les réponses des usagers et des intervenants des OC relatives aux questions communes sont comparées afin d'étudier la relation entre les deux populations. L'examen de leur relation permet d'observer les similarités dans la perception des problématiques qui caractérisent les OC montréalais et leur TVP. En plus, une comparaison des opinions et des perceptions des usagers de l'enquête qui représentent les populations de cette étude permet d'élaborer un profil des capacités fonctionnelles des OC et déterminer les options stratégiques pour une meilleure gestion face aux problématiques liées à la clientèle toxicomane vieillissante en précarité.

7.2 Recommandations sur l'amélioration de la situation des personnes TVP

Est-ce que les recommandations livrées par les représentants des OC et les usagers qui fréquentent ces organismes convergent pour exprimer la même inquiétude face à leurs problématiques communes ? Proposent-ils les mêmes solutions pour l'amélioration de la situation de la clientèle touchée par la triple problématique TVP ? Pour répondre à ces questions, l'ensemble des réponses obtenues pour les deux populations a été analysée et illustrée graphiquement (figure VII.1). Comme il est montré dans la figure VII. 1, le nombre plus élevé des recommandations pour les deux populations est obtenu pour « l'aspect financier ». Les questions financières sont la préoccupation commune pour les deux : OC et les usagers. Les représentants des OC et les usagers pensent que la solution clé pour améliorer la situation de la clientèle TVP serait d'avoir plus de ressources financières pour les OC permettant ainsi d'offrir de meilleurs services à cette clientèle et de ce fait, de répondre efficacement à ses besoins.

Les recommandations sur le personnel des OC semblent aussi converger pour les deux populations. Une différence d'opinion est remarquée sur les points qui affectent le personnel : les intervenants des OC livrent plus de recommandations à propos de l'« attitude du personnel », tandis que les usagers livrent plus de recommandations pour la « taille du personnel ».

« Activités » et « flexibilité du personnel » représentent les aspects sur lesquels le plus petit nombre de recommandations est obtenu, une réponse pour chaque population. Pour le reste des recommandations, il ne résulte aucun sujet commun, les intervenants et les usagers ont donné des suggestions qui portaient sur de différents sujets.

L'analyse effectuée indique que les représentants des OC présentent une moyenne du nombre de recommandations plus élevée que les usagers. En effet, le nombre de recommandations par OC est de 41 et celui par les usagers est de 29. Les intervenants sélectionnés montrent une meilleure prédisposition pour proposer des solutions en comparaison aux usagers participant à cette étude. Cela est vraisemblablement expliqué par le fait que les représentants des OC connaissent mieux la situation de la clientèle TVP et possèdent les capacités et les qualifications nécessaires pour analyser et apporter des solutions sur le sujet. De leur côté, les usagers essaient de donner leurs solutions en fonction de leur ressenti et leur vécu personnel.

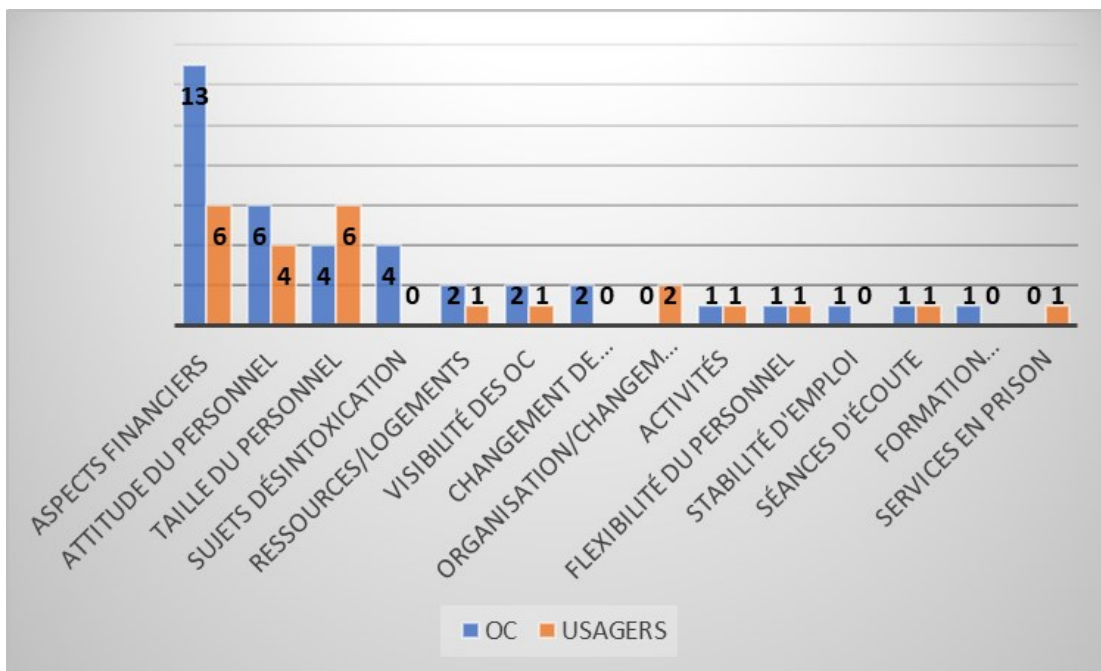


Figure VII. 1. Nombre de recommandations par sujet pour les deux populations OC et USAGERS

La relation entre les recommandations proposées par les intervenants des OC et les recommandations proposées par les usagers a été examinée. La relation entre les recommandations proposées par les intervenants des OC et les recommandations proposées par les usagers est bien significative.

Dans la figure VII.1, il est à remarquer que plusieurs recommandations, réparties dans de différentes catégories, portent sur le personnel. Nous avons essayé d'assembler ces catégories à une seule grande catégorie. Ainsi, en se référant toujours à ce qui est indiqué sur cette figure (VII.1), les catégories, attitude de personnel, taille du personnel, flexibilité du personnel, organisation du personnel et changement du personnel sont regroupés sous une plus grande catégorie nommée « Aspects personnels ». Après les changements effectués, la relation entre les recommandations livrées par les OC et les recommandations livrées par les usagers se présente graphiquement comme montré dans la figure VII.2. La réduction du nombre de catégories a apporté des changements aussi dans l'analyse de relation entre les deux populations. Ainsi, l'aspect financier, qui précédemment représentait la première catégorie sur lequel le plus grand nombre de recommandation avait été obtenu pour les deux populations, désormais représente la deuxième catégorie pour la population usagers « Aspects personnels » devient la catégorie sur laquelle les usagers ont proposé le plus de recommandations. Pour la population OC, cette catégorie comporte le même nombre de recommandations que la catégorie « Aspects financiers ». Les représentants des OC ont livré plus de recommandations sur ces deux catégories.

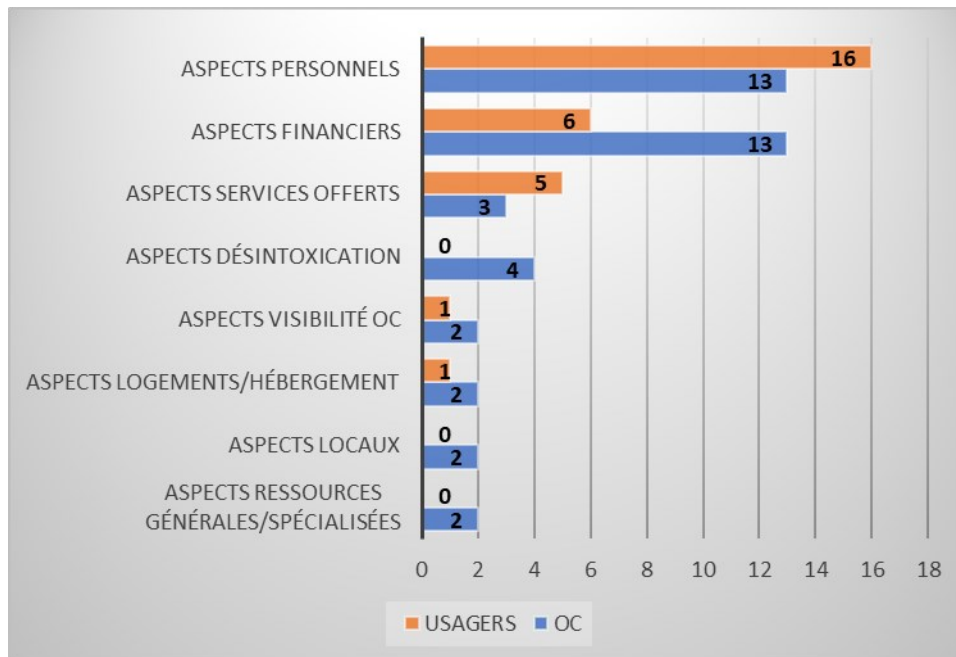


Figure VII. 2. Nombre de recommandations par aspects pour les deux populations OC et USAGERS (après l’assemblage des catégories sur le personnel)

Le regroupement des catégories sur le personnel à une plus grande catégorie de recommandations a davantage conduit au changement de certaines relations. À titre d’exemple, le maximum de recommandations devient plus élevé chez les usagers (16) que les intervenants des OC (13).

En ce qui concerne l’analyse de relation, les résultats révèlent toujours une relation significative entre les recommandations livrées par les intervenants des OC et celles livrées par les usagers.

Dans les deux cas de présentation de catégories, les recommandations livrées par les représentants des OC s’apparentent à celles des usagers ce qui confirme la similarité des opinions et des perceptions des individus sélectionnés sur l’ampleur des problématiques qui touchent la clientèle TVP et les OC qui desservent cette clientèle. Les usagers et les intervenants des OC arrivent à déceler les points identifiés comme étant problématiques. C’est par l’évaluation de ces points qu’ils proposent des suggestions de solutions pour améliorer le travail des OC et par conséquent la situation des TVP qui fréquentent ces organismes.

7.3 Points forts et points faibles des organismes communautaires

L'analyse de comparaison des réponses n'indique aucune relation entre les usagers et les intervenants des OC au sujet de la question commune sur les points forts des OC. Les représentants des OC ont souligné 35 points forts dont plusieurs points forts sont indiqués par personne, alors que les usagers ont fourni 16 dont 1 point fort par personne. Les points forts indiqués par les OC et usagers portent sur de différents sujets. Aucune similarité n'est observée dans l'ensemble des points forts fournis. Cette différence attendue peut être expliquée par le fait que les intervenants arrivent à bien identifier les points forts des OC où ils travaillent et ils connaissent leurs réalisations et leurs succès. En outre, c'est la question pour laquelle ils se sentent enthousiastes de donner des réponses et fiers d'énumérer les forces qui les distinguent. En revanche, les usagers se trouvent dans une position difficile d'abord, pour définir les points forts et après pour les identifier. De leurs réponses, il est à constater qu'ils ne doutent pas d'absence des points forts des OC, au contraire, ils affirment en mettant en évidence leur satisfaction. Leur obstacle est qu'ils ne possèdent pas l'information et les connaissances nécessaires pour donner une réponse. En plus, il ne faut pas oublier que certaines personnes parmi les usagers, comme expliqué dans les chapitres précédents, n'ont pas les capacités de répondre à certaines questions.

En ce qui concerne la question commune sur les points faibles des OC, des similarités ont été observées dans les réponses. Pour les deux populations le plus grand nombre d'individus sélectionnés n'a pas fourni de réponses. À part la catégorie « pas de réponse », deux autres catégories de réponses s'avèrent communes pour les deux populations: « manque de personnel » et « services insuffisants ». Au sujet du manque du personnel, 3 réponses sont fournies par les usagers et 2 réponses par les intervenants des OC. Pour les services insuffisants, une réponse est obtenue par les usagers et 2 par les intervenants des OC. Donc, les usagers comme les représentants des OC arrivent à identifier quasi les mêmes faiblesses qui caractérisent les OC et leurs services.

Il est intéressant de souligner qu'au sujet des faiblesses des OC, ce sont les intervenants qui les expriment avec une certaine réserve. Est-ce une hésitation ou un manque de volonté pour mettre en évidence ce qui est faible et négatif dans leur travail ?! De leur côté, les usagers sans capacités réduites, s'expriment avec une aisance et un œil critique à ce sujet.

7.4 Services reçus et services demandés

Pour traiter les réponses sur la question commune des services reçus et des services demandés, les catégories déjà déterminées précédemment dans le chapitre 5 ont été utilisées. Selon ces catégories, le nombre des réponses des usagers sur les services reçus et des intervenants des OC sur les services demandés sont regroupées dans le tableau VII.1. Comme montré dans ce tableau, les intervenants fournissent un total de 52 réponses et les usagers un total de 21.

Tableau VII.1. Nombre de réponses sur les services reçus et les services demandés

Catégories	Description	OC	USAGERS
I	Services sur la santé et le bien-être des membres, évaluation et suivi psychosocial, prévention et éducation, service d'infirmier, soins dentaires, soutien psychologique, écoute, thérapie individuelle, thérapie de groupe, thérapie familiale, soutien des usagers dans leur démarche de maintien de sobriété, soins de propreté	14	5
II	Aide administrative, information, aide emploi, aide logement, aide technologique, service de référence	8	9
III	Activités culturelles, récréatives et religieuses, activités sociales, visites amicales, semaine de vacances offerte	10	5
IV	Animation de divers ateliers, intervention de crise, intervention externe individuelle, jumelage avec les bénévoles, programme de réinsertion, service d'entraide	10	1
V	Banques alimentaires, repas, service de soutien alimentaire, cadeaux, jardins communautaires	7	0
VI	Accompagnement chez le médecin/autres endroits, transport	3	1
TOTAL		52	21

Le maximum de réponses porte sur la catégorie I pour les OC et la catégorie II pour les usagers. Selon les opinions des individus sélectionnés, il semble que pour certaines catégories les OC ont dispensé plus de services et les usagers ont reçu moins de services et vice-versa.

Le manque de relation entre les services offerts et les services reçus montre que malgré la large gamme des services offerts par les OC, surtout au niveau de la catégorie I, qui concernent tout service lié à la santé, les services que certains usagers ont reçus semblent être insuffisants. Ces usagers appartiennent à la clientèle TVP, en tant que tels, ils ont un grand nombre des besoins par rapport à l'offre de services : ils manquent d'espace pour se désintoxiquer, de temps pour intégrer de nouveaux comportements, de constance dans le soutien pour éviter le découragement et l'abandon, et d'argent pour se sécuriser minimalement avec un logement décent. Il est à noter que les problèmes des usagers TVP sont liés généralement à la pauvreté, ce qui occasionne plus de stress, plus d'insécurité, plus d'anxiété, plus de médicaments. S'ils avaient plus d'argent, ils mangeraient mieux, leur logement serait assuré. Les médicaments sont chers et leurs faibles revenus insuffisants pour couvrir les dépenses. Leurs besoins sont d'ordre primaire, de survie et d'estime de soi. Nous nous retrouvons ici à la base de la hiérarchie des besoins, base sur laquelle ces personnes n'arrivent pas suffisamment à s'appuyer pour avancer. Les soins et services dispensés par les OC montréalais ne permettent donc pas à plusieurs personnes toxicomanes vieillissantes d'avoir une qualité de vie suffisante à leurs yeux.

7.5 Profil des capacités fonctionnelles des organismes communautaires selon organismes communautaires et les usagers

Le nombre de réponses des usagers et des représentants des OC au sujet des questions communes discutées dans les sections précédentes ont été utilisées afin d'établir un profil des capacités fonctionnelles des OC selon les usagers et les intervenants des OC. Le profil est basé sur un modèle que nous établissons pour cette étude consistant à positionner : au niveau supérieur les aspects sur lesquels moins de critiques (recommandations, faiblesses, besoins insatisfaits...) sont obtenues et au niveau inférieur les aspects sur lesquels plus de critiques (recommandations, faiblesses, besoins insatisfaits...) sont obtenus.

Le profil est caractérisé par cinq aspects : visibilité, services offerts, finances, personnel et organisation. Il s'agit de cinq aspects principaux sur lesquels le fonctionnement d'un organisme ou d'une entreprise est fondé.

Pour les usagers, les aspects de visibilité, des services offerts et d'organisation sont évalués comme étant « FORT ». Au sujet de ces aspects, les réponses obtenues par les usagers est faible. Les usagers mentionnent l'aspect de visibilité dans les réponses sur les recommandations et les points faibles. L'aspect des finances, selon les usagers, est évalué comme « MOYEN ». Quant à l'aspect du personnel, les usagers l'évaluent comme étant « FAIBLE »,

Le profil établi selon les intervenants des OC semble avoir des similarités avec celui des usagers en ce qui concerne les aspects de visibilité. En comparaison avec le profil des OC selon les usagers, le profil des OC selon les intervenants des OC semble se différencier au sujet des aspects des finances et du personnel. L'aspect financier est le plus mentionné dans les réponses des intervenants.

Donc, de ce profil, il est à constater que les OC, qui font face aux TVP se caractérisent par une organisation et une visibilité de niveau supérieur, offrent une large gamme de services à la clientèle TVP, mais qui se trouvent dans une position de faiblesse en ce qui concerne leurs finances et leur personnel.

Les cinq aspects analysés qui sont considérés comme des unités stratégiques optimisant les capacités de gestion d'un organisme permettent d'établir l'état des OC et par la suite, trouver des solutions et fixer des objectifs pour traiter ce qui est identifié « faible », améliorer ce qui est identifié « moyen » et maintenir ce qui est identifié « fort ».

7.6 Stratégies sur l'aspect finance des organismes communautaires

Les résultats obtenus de cette étude ont mis en évidence les problématiques reliées aux aspects caractérisant les OC montréalais qui font expérience d'une fréquentation en hausse d'une clientèle TVP. L'aspect financier, l'un de ces aspects, est considéré comme un enjeu crucial et vital pour les OC au Québec.

Nous avons montré antérieurement que le financement des OC et tout sujet relatif à l'aspect financier dépendent de plusieurs facteurs dont le plus important est la relation des OC avec l'État, étant le principal bailleur de fonds.

Pour certains, cette relation s'avère étroite et laisse croire à une dissonance, qu'elle soit politique, identitaire ou démocratique. Aujourd'hui, on ne peut plus parler de dissonance politique, le

gouvernement ayant finalement reconnu la contribution de l'action communautaire. Il ne faut pas pour autant que le milieu communautaire crie victoire ; au contraire, il doit redoubler de prudence, car l'enjeu actuel des OC est le risque de perdre leur autonomie, et particulièrement leur identité.

Pour qu'un organisme communautaire soit pleinement autonome, il est essentiel de conserver ses bases d'identité. Or, selon plusieurs observateurs, « l'identité communautaire s'est progressivement laissé imprégner de normes institutionnelles en échange de financement ». Si un organisme ne développe pas ses actions en fonction de ses besoins réels, mais plutôt en fonction de son financement, certains qualifient alors les groupements de « communautiques » et non communautaires, puisque les organismes sont régis par les règles qui accompagnent ce financement et, de façon générale, leurs actions ne seront pas menées à partir des besoins réels du mouvement, mais plutôt du risque que représente pour l'État le problème social que l'organisme veut traiter. Il faut être prudent et s'assurer que les projets, bien que financés par l'État, soient définis et élaborés par l'organisme communautaire dans un processus démocratique.

Dans ce même ordre d'idée de prudence, Rekart (1992) avait conclu que, lorsque les gouvernements donnent les services à forfait à des organismes bénévoles (ce que l'on appelle la diversification des modes de prestation des services), la distinction entre le secteur bénévole et le secteur gouvernemental (qui sont tous les deux publics, dans un certain sens) peut devenir trouble. Cela soulève, selon elle, des questions au sujet du rôle et de l'indépendance du secteur.

Le rapport entre les gouvernements et le secteur bénévole est souvent désigné sous le nom de partenariat. Toutefois, peut-on parler d'un réel partenariat, étant donné que le secteur bénévole dépend de plus en plus, non seulement des crédits gouvernementaux, mais aussi des politiques gouvernementales s'y rapportant ?

Le gouvernement de la Colombie-Britannique, par exemple, semble avoir adopté une approche ponctuelle en matière de financement, dont les limites sont fixées par le Trésor. Toutefois, les organismes bénévoles ont besoin de stratégies de financement qui leur assurent des revenus stables, afin de développer des services efficaces et fiables. En outre, les gouvernements, dans leur quête d'efficacité et de rentabilité, peuvent choisir de n'attribuer des contrats qu'aux organismes bénévoles qui peuvent réaliser des économies d'échelle, ce qui aura des répercussions sur le financement gouvernemental des organismes plus petits et de ceux qui dépendent des bénévoles... L'État exerce une influence considérable sur leurs activités, grâce à des ententes d'achat de services

qui comportent des modalités très sévères en matière de financement – des rapports plus étroits avec l'État peuvent encourager les organismes bénévoles à établir des structures bureaucratiques officielles et rationnelles. À long terme, la délégation des services aux organismes bénévoles pourrait faciliter la tâche aux gouvernements qui souhaitent démanteler des services sociaux en les privant de ressources.

Un outil démocratique qui peut venir en aide aux besoins communautaires afin de faire pression sur le gouvernement sont les mobilisations. Toutefois, il semble que ce soit plus difficile de rassembler la population pour organiser les grandes mobilisations de jadis. On remarque un certain déplacement de l'idéologique à l'économique, les revendications des OC portent sur l'immédiat et sur l'essentiel.

Les mouvements communautaires sont de plus en plus présents dans les structures politiques intermédiaires mises en place par l'État et qui parlent au nom des groupes marginalisés. Par conséquent, il est légitime de se demander si l'État ne sollicitait pas leur participation pour leur reconnaître une autonomie, mais plutôt pour obtenir un consensus et ainsi augmenter la valeur coûts/bénéfices. Tout est encore une question d'argent.

Qu'il s'agisse d'un laboratoire de recherche, d'un organisme public, d'un organisme communautaire ou même d'une grosse entreprise, le succès ou l'échec tient fondamentalement à sa composante sociale, c'est-à-dire à la manière de coordonner, de persuader et de négocier pour amener un groupe large et diversifié à collaborer, mais malgré cela, la tendance actuelle continue d'insister essentiellement sur les volets économiques ou techniques et ignorent pratiquement l'aspect social, ce qui a forcé la société jusqu'à maintenant à s'attaquer à ses problèmes les plus épineux sans stratégie rigoureusement éprouvée. La mobilisation demeurera toujours l'élément clé et la force des OC et c'est là la distinction à apporter avec le secteur privé.

La stratégie ultime a comme pour objectif de favoriser l'atteinte de résultats probants dans le cadre de projets communautaires axés notamment sur la diminution de la pauvreté, la réduction des sans-abris, l'aide et le soutien aux personnes vulnérables en difficulté et l'intégration du mouvement en faveur d'un environnement durable. Aujourd'hui, les possibilités sont nombreuses pour ceux qui aspirent à de tels objectifs, qu'ils choisissent de faire carrière dans l'administration publique, le secteur communautaire ou même le secteur des entreprises ; en effet, ce dernier sent bien les pressions qui s'exercent aujourd'hui afin qu'il adopte une démarche non plus dictée seulement par

les intérêts des actionnaires, mais plutôt par ceux des intervenants, c'est-à-dire un groupe beaucoup plus diversifié de personnes manifestant une conscience sociale et environnementale et parmi lesquelles se trouvent des employés, des usagers, des fournisseurs, des communautés et les habitants de notre écosystème.

À cet égard, l'acharnement et la créativité du milieu communautaire portent fruit. Le milieu des affaires a compris qu'il devait s'associer au milieu communautaire s'il souhaitait inciter la population à adopter des changements de comportement qui auraient une influence à la fois favorable pour l'humanité et favorable au profit. À titre d'exemple, il n'y a pas si longtemps, un collectif d'épargne et d'investissement québécois, le Mouvement Desjardins, s'associait à une organisation environnementaliste et affichait une promotion où un arbre serait planté pour chaque client qui convertirait le paiement de ses factures par Internet plutôt qu'en format imprimé. Le coût pour Desjardins d'un paiement de facture via le format papier est de 7 \$/facture versus 4 \$/facture lorsque cette même facture est payée par Internet. La population à long terme sera gagnante, car elle contribuera à un meilleur environnement et le Mouvement Desjardins le sera aussi, en diminuant ses frais de fonctionnement. Desjardins avait projeté que 100 000 clients adhèreraient à cette pratique au cours des trois premiers mois, alors que la promotion connut un succès retentissant de 90 000 clients le premier mois seulement. Ne tardant pas à vouloir faire partie de cette virée spectaculaire, la grande firme de câblo-diffusion Vidéotron emboîtait le pas avec une promotion similaire et il ne suffit que de quelques semaines pour atteindre le nombre de 60 000 clients qui ont adhéré à ce nouveau service. Ces deux exemples illustrent bien le fait que le partenariat peut exister non seulement entre le gouvernement et les OC, mais aussi entre le secteur privé et les OC. Ce type d'association fait place à la créativité, à l'innovation et à la collaboration entre les différents partenaires, ce qui est un moyen pour les OC de trouver du financement leur permettant de mettre en valeur leur identité propre, leur mission.

Deux exemples sur l'ensemble des possibilités sont peut-être infimes, mais c'est au moins un début. Il est essentiel de souligner que les OC ont développé au cours des années, par leur contact avec le milieu, une expertise importante et qui est malheureusement souvent sous-estimée. Les OC ont dû, pour répondre aux demandes sans cesse grandissantes, innover et s'adapter à la réalité, et cela, souvent sans moyens financiers adéquats.

D'ailleurs, ce commentaire de Paul Reed exprime très bien l'opinion face à l'apport du secteur communautaire :

« Il s'agit uniquement d'une intuition pour le moment, mais je crois que la place de plus en plus importante qu'occupe le secteur sans but lucratif au niveau social est le résultat d'une transition profonde quant à notre perception du monde – une transition qui fait en sorte que notre ordre social dépend non seulement des marchés concurrentiels et de l'efficacité des gouvernements, mais aussi des actions coopératives communautaires, tant organisées, qu'informelles, à l'appui de valeurs ou d'avantages qui dépassent les intérêts individuels. C'est dans le secteur sans but lucratif que nous voyons le plus ce comportement de contribution et de collaboration »²⁴.

Le secteur communautaire montréalais – tout comme celui du Québec dans son ensemble –, avec la panoplie d'OC qui le compose est dynamique, mais avant qu'il ne soit complètement essoufflé, il a besoin de la collaboration de tous les partenaires pour réussir à offrir les services qui sont attendus de ce milieu. Ainsi, les résultats obtenus à la suite des entrevues avec les principaux acteurs du milieu communautaire participant dans cette étude demandent une profonde réflexion et une objectivité pour diagnostiquer la situation réelle des OC. Tout ce processus de responsabilisation sociale est loin d'être un processus harmonieux et graduel. Au contraire, il semble un processus perturbant, marqué par les incertitudes et les ruptures, car il remet en question les hiérarchies et les structures existantes. Toute initiative réussie de développement lance un mouvement et bouscule l'ordre établi. Pour que toute action sociale soit couronnée de succès et transforme la société ou la communauté en profondeur, il faut pouvoir convaincre les individus d'y participer, de surmonter leurs hostilités, leurs peurs ou leur indifférence. Il n'y a pas une réalité, mais bien des réalités et le processus de développement et de changements sociaux a donc besoin de la mobilisation des énergies créatrices, de la volonté de tous les acteurs d'investir du temps et des ressources, d'être innovants, de chercher à résoudre des problèmes et conflits et surtout de garder en tête les objectifs.

Cependant, cette mobilisation n'est pas chose facile, car elle doit s'effectuer bien avant la validation du processus, c'est-à-dire bien avant que la certitude du résultat soit acquise. Les acteurs concernés

²⁴ Reed, Paul B., Howe Valerie J. (1999), *Définition et classification du secteur sans but lucratif*, p.69.

doivent quasiment parier sur l'avenir et choisir, malgré leurs objectifs divergents, et même parfois conflictuels, de croire et de collaborer. Ils doivent avoir confiance en un projet qu'ils considèrent comme juste et pour lequel ils ont un intérêt mutuel à ce qu'il réussisse.

*« Les processus d'appropriation et de participation ne sont possibles que si le projet repose sur des principes minimaux de justice, de reconnaissance sociale et surtout de collaboration. En effet, les problèmes de développement impliquent chaque fois de réveiller une forme de créativité sociale de coopération ».*²⁵

7.7 Stratégies sur l'aspect du personnel des organismes communautaires

Les problématiques sur le personnel soulevées par les intervenants participant à cette étude montrent que les OC font face aux nombreux enjeux.

Les principaux enjeux sont surtout causés par le manque d'expérience, à titre de gestionnaire, des membres de conseils d'administration, des dirigeants ou des fondateurs de petits OC. Ce sont des gens passionnés qui s'unissent pour résoudre une problématique ou pour poursuivre un rêve ; malheureusement, les rêveurs ne sont pas tous préoccupés par la gestion, mais bien plus par la réalisation de leur rêve. Pour qu'un OC fonctionne bien, il lui faut un minimum de direction et une grande communication entre tous les intervenants.

Dans cette optique, les OC sont tellement nombreux qu'il y aurait peut-être moyen de rendre accessibles des ateliers de formation sur les critères attribuables à une saine gestion et sur les rôles et fonctions des membres de CA, les fondateurs, les dirigeants et toute personne ayant une participation active au sein d'un OC.

Les individus qui œuvrent au sein des OC sont tellement passionnés qu'ils ne réalisent pas que ce qui leur semble évident n'est pas nécessairement tout aussi limpide pour chacun, même avec la meilleure volonté du monde. Il est donc essentiel de pouvoir captiver l'intérêt des partenaires de l'organisation grâce à la noblesse de la mission et faire en sorte qu'ils aient l'impression de faire partie du mouvement et non simplement d'une structure : souvenons-nous que la mobilisation est l'élément clé du succès des OC. Dans la mesure où les individus acceptent de jouer un rôle au sein

²⁵ Renaud, J. D. *Les règles du jeu*, Paris, Armand colin, 1997, p.141.

d'un OC, ils doivent aussi accepter d'amorcer tout dialogue avec une présomption de bonne volonté.

Par ailleurs, nous avons aussi statué que le partenariat et le travail d'équipe favorisent l'atteinte des objectifs. Dans cette optique, il faut, dans un premier temps, investir le temps nécessaire, affecter des ressources et faire preuve de patience, afin de s'y prendre de la bonne façon pour attirer tous les partenaires, tels qu'agences gouvernementales, bailleurs de fonds, etc. Dans un deuxième temps, il est prioritaire d'établir des partenariats efficaces et pertinents entre les bénévoles et le personnel. La motivation et la mobilisation de passionnés et de bénévoles requièrent un certain talent de la part des « gestionnaires » pour aider les gens dans l'équipe à gérer les tensions entre les intérêts personnels et la collaboration et reconnaître le rôle de la persuasion, non de l'autorité, comme la clé de la prise de décision.

Le vieillissement, d'autre part, est marqué par une représentation sociale encore trop souvent négative. Il est aujourd'hui incompatible avec les valeurs attribuées par les sociétés modernes à la jeunesse, fortement valorisées : action, beauté, utilité dans la sphère productive, etc. Dans cette perspective, il convient de ne pas opposer les générations entre elles : il faut que la société contribue à façonner la place qui revient aux personnes qui vieilliront bien et plus longtemps. Indiscutablement, les compétences des aînés sont à valoriser. Pour y parvenir, il est nécessaire de faire évoluer les représentations sociales en recherchant une nouvelle image de la vieillesse pour les jeunes, mais aussi une nouvelle image de la jeunesse pour les anciens. Il faut redonner une place à la vieillesse, en passant par la nécessaire acceptation de la différence des âges, et réintégrer la vieillesse dans le cycle de vie.

Outre les principes de base en gestion et en se basant sur les résultats de cette étude, il est important de présenter quelques points stratégiques qui résument fort bien les éléments clés à mettre en pratique afin d'atteindre les objectifs face aux problématiques liées au vieillissement de la clientèle toxicomane en précarité, mais aussi au vieillissement de la population étant un des facteurs qui engendre la toxicomanie et la précarité. Les points stratégiques sont listés comme suit :

1. Poursuivre la mission de l'organisation

- Clarifier et définir la mission de l'OC
- Analyser et clarifier celle-ci régulièrement

- S'assurer qu'il n'y ait pas de déviation de celle-ci
2. Vivre en accord avec les aspirations et les valeurs communes
 - Articuler les valeurs pertinentes et claires
 - Opérationnaliser les valeurs
 - Responsabiliser les partenaires
 3. Décider d'une même orientation à partir de priorités communes
 - Articuler un avenir idéal pour l'organisme à la limite du possible
 - Établir des objectifs et des priorités mesurables et réalisables pour l'OC
 - Démontrer la capacité de les concrétiser.
 4. Délimiter clairement les rôles et responsabilités en fonction d'attentes raisonnables
 - Assigner des rôles et des responsabilités précis
 - Avoir des attentes réalistes par rapport à ces rôles et responsabilités et s'assurer qu'ils sont complémentaires et comportent une valeur ajoutée évidente
 - Responsabiliser les partenaires
 - Analyser et réviser ces rôles et responsabilités en fonction des nouveaux besoins
 5. S'assurer que le conseil d'administration a la volonté et la capacité d'offrir une bonne gouvernance
 - Retenir et favoriser la bonne combinaison d'habiletés et d'expertises
 - Établir la bonne structure
 - S'assurer que les décisions du conseil d'administration visent les intérêts de l'OC
 6. Entreprendre un processus de transparence continu avec les partenaires
 - Produire des renseignements pertinents et actuels
 - Fournir des mécanismes permettant de dialoguer et d'émettre des commentaires régulièrement, *par ex.* : rapport mensuel, bulletin...etc.

7. Se conformer à des processus bien compris et acceptés pour la prise de décision et la résolution de conflits

- Développer des processus de prise de décision précis et efficaces
- Établir un mécanisme précis pour la gestion des conflits et le règlement des différends
- S'assurer que les processus sont conséquents, rigoureux et justes

Les stratégies de gestion du personnel déterminent en outre les modèles de recommandations sur la communication avec la clientèle. Les intervenants communautaires qui travaillent dans le domaine de la toxicomanie, novices ou bien établis dans une routine, témoignent des effets négatifs variés provoqués par certaines personnes toxicomanes.

Bien que leurs réactions soient un peu naturelles et même justifiées, les intervenants doivent être conscientisés au fait qu'en raison des appréhensions que ce type de client éveille en eux, ils pourront être enclin à leur attribuer tous les écarts et torts de conduite et être tentés de suspendre ou mettre fin à la relation d'aide nécessaire au mieux-être de cette clientèle.

Pour que cette clientèle vulnérable puisse atteindre certains objectifs bénéfiques essentiels au bien-être, les intervenants doivent donc adopter certaines lignes de conduite qui les aideront à se sentir plus à l'aise avec ces usagers. Ces changements de perception, fourniront une meilleure qualité de service tout en respectant les valeurs et limites des intervenants. Pour tout intervenant travaillant dans le domaine de la toxicomane, le premier pas consiste à identifier clairement l'élément qui les dérange chez les personnes toxicomanes vieillissantes, à prendre un peu de recul et discuter de la situation avec d'autres collègues intervenants.

Les quelques pistes de solution proposées ci-après ne sont nullement données à titre moralisateur, mais plutôt à titre de rappel pour les intervenants de longue date et pour outiller les intervenants novices :

- Respecter l'utilisateur sans le juger ou le culpabiliser
- Supprimer tout comportement discriminatoire et méprisant
- Établir un lien équilibré
- Prendre conscience de ses propres réactions vis-à-vis des personnes toxicomanes difficiles

- Poser des questions directes et précises
- Établir une entente de service bien définie en fonction des besoins spécifiques de l'utilisateur
- Avoir une approche centrée sur les besoins de l'utilisateur sans pour autant acquiescer sans discernement à toute demande
- Responsabiliser l'usage sans l'infantiliser
- Se familiariser avec le jargon des usagers pour mieux les comprendre et faciliter la communication, sans toutefois être familier
- Ne pas considérer comme affront personnel une tentative de manipulation
- Ne pas considérer une rechute comme un échec personnel
- Aider la continuité des services
- Assurer la confidentialité

Toutes ces « recommandations » viennent à la suite des résultats de cette étude, d'opinions des usagers et des intervenants et de leurs expériences respectives. Ces points stratégiques permettront d'améliorer les faiblesses des OC, de rendre les aspects sur le personnel des OC à un niveau supérieur de satisfaction et enfin d'outiller davantage les intervenants qui travaillent étroitement avec la clientèle toxicomane. En prenant en compte la réalité des personnes toxicomanes, il sera possible de mieux comprendre leurs besoins.

Cette compréhension permettra aux intervenants de terrain d'ajuster leurs interventions et de développer une relation et communication plus appropriées avec cette clientèle. Dubet (2007) souligne :

« La plupart du temps, nos actions sont routinières, quasiment automatiques, et nous ne remontons pas la longue chaîne de nos raisons d'agir. Cependant, derrière ces manières d'agir se tiennent des structures d'action, bien plus déchirées, des arbitrages et des systèmes de justification que le sociologue doit être en mesure de mettre en évidence parce que les routines ne s'expliquent pas par les routines et parce que le flux de la vie est émaillé de ruptures et d'épreuves suffisamment explicites pour que nous leur accordions quelque attention. » (Dubet, 2007, p.105).

Pour terminer sur les pistes de solutions, le projet Participe-Présent, présenté ci-après, est une initiative du milieu communautaire et démontre la capacité des OC, toujours à l'affût de solutions pour leurs clients, d'être créatifs et souples dans leurs structures pour justement répondre aux besoins de la clientèle qui changent avec le temps.

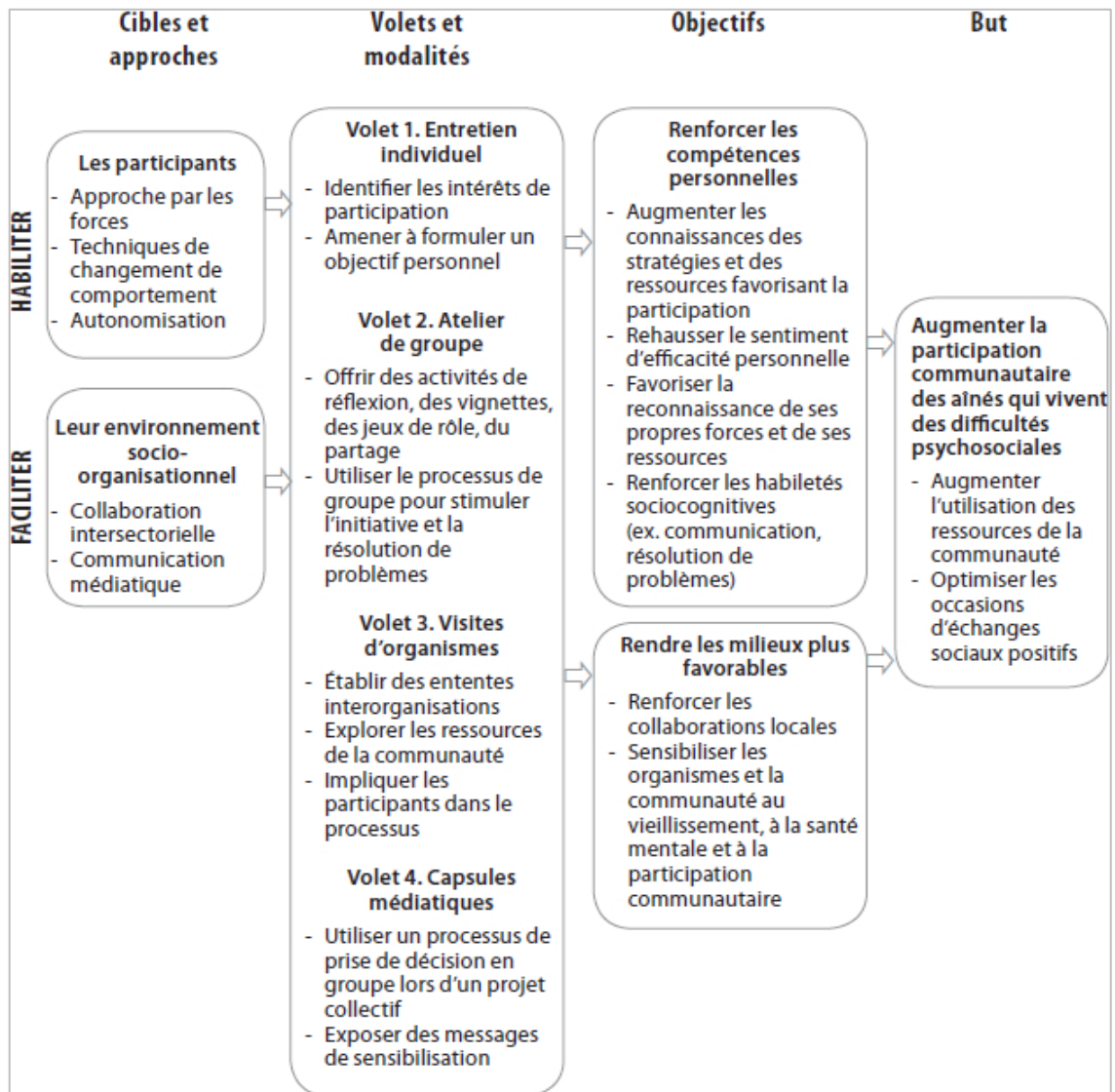


Figure VII. 3. OC Participe Présent : programme visant la participation communautaire des aînés qui vivent des difficultés psychosociales.

7.8 En bref

Les réponses des usagers et des intervenants des OC relatives aux questions communes ont été examinées afin d'observer les similarités dans la perception des problématiques qui caractérisent les OC montréalais et leur clientèle toxicomane vieillissante en précarité.

Les recommandations livrées par les représentants des OC se corrèlent à celles des usagers ce qui confirme la similarité des opinions et des perceptions des usagers sélectionnés sur l'ampleur des problématiques qui touchent la clientèle TVP et les OC qui desservent cette clientèle. Les usagers et les intervenants des OC arrivent à déceler les points identifiés comme étant problématiques. C'est par l'évaluation de ces points qu'ils proposent des suggestions de solutions pour améliorer le travail des OC et par conséquent la situation des personnes TVP qui fréquentent ces organismes. Les résultats—révèlent une relation significative entre les recommandations livrées par les intervenants des OC et celles livrées par les usagers.

L'analyse de comparaison des réponses n'indique aucune relation entre les usagers et les intervenants des OC au sujet de la question commune sur les points forts des OC. Les points forts indiqués par les OC et usagers portent sur de différents sujets. En revanche, des similarités ont été observées dans les réponses à la question commune sur les points faibles des OC. Les analyses effectuées sur l'ensemble des réponses obtenues indiquent des relations significatives. Les usagers comme les représentants des OC arrivent à identifier quasi les mêmes faiblesses qui caractérisent les OC et leurs services.

Les résultats du manque de relation entre les services offerts et les services reçus montrent que les soins et services dispensés par les OC montréalais ne permettent pas à plusieurs personnes toxicomanes vieillissantes d'avoir une qualité de vie suffisante à leurs yeux.

Le profil des capacités fonctionnelles des OC, établi sur les opinions et les perceptions des individus sélectionnés représentant les deux populations de cette étude, indique que les OC se caractérisent par une organisation et une visibilité de niveau supérieur, offrent une large gamme de services à la clientèle TVP, mais qui se trouvent à une position de faiblesse en ce qui concerne leurs finances et leur personnel.

Les cinq aspects analysés qui sont considérés comme des unités stratégiques optimisant les capacités de gestion d'un organisme permettent de diagnostiquer l'état des OC et par la suite, trouver des solutions et fixer des objectifs pour l'amélioration de ce qui est constaté faible.

Les stratégies sur le plan financier doivent se traduire par la mise en œuvre des projets financés par l'État, définis et élaborés par l'organisme communautaire dans un processus démocratique. Elles doivent avoir comme objectif principal d'assurer aux OC des revenus stables, afin de développer des services efficaces et fiables. Des projets financés par les partenaires privés devraient être aussi implémentés pour répondre aux demandes sans cesse grandissantes. La créativité, l'innovation et la collaboration avec différents partenaires s'avèrent des outils stratégiques nécessaires pour que les OC trouvent du financement en leur permettant de mettre en valeur leur identité propre et leur mission. Pour les OC, le succès d'un bon partenariat devrait se fonder non seulement sur la confiance, la communication et la bonne gestion des attentes, mais surtout sur la mobilisation qui demeure l'élément clé et la force des OC.

Quant aux stratégies au plan de gestion du personnel, elles représentent des moyens indispensables afin de déterminer les modèles de recommandations sur les services et la communication avec la clientèle. Pour que la clientèle TVP puisse atteindre certains objectifs bénéfiques essentiels au bien-être, les intervenants doivent adopter certaines lignes de conduite qui les aideront dans la communication avec cette clientèle vulnérable. Aussi, une meilleure représentativité des aînés dans les équipes d'intervention auprès de la clientèle TVP améliorerait l'efficacité des services offerts et augmenterait la satisfaction des usagers.

L'amélioration de la situation de la clientèle TVP par la réussite des stratégies portant sur les aspects de finances, de gestion du personnel et les autres aspects du fonctionnement des OC dépendent de la coopération et l'engagement de plusieurs acteurs de la société : les usagers, le personnel des OC, le milieu, les organismes partenaires, les entreprises privées et l'État. Comme les personnes TVP doivent combler des besoins primaires, il faut demeurer vigilant pour suivre leur évolution avec acuité et régularité, constance et solidarité. Chacun des acteurs a un rôle majeur à jouer : l'atteinte des objectifs de réhabilitation et réintégration sociale. C'est une question de volonté communautaire et collective.

CONCLUSIONS GÉNÉRALES

Cette thèse est le cumul de nombreuses lectures et recherches faites sur les concepts définis dans la thèse, et ce tout au long de mes études doctorales. Œuvrant dans ce milieu depuis de nombreuses années et ayant acquis un bagage de terrain, il me fallait plonger dans toutes ces lectures, définir les concepts, dans le but de bien cibler le sujet déterminant de ma thèse. Cette étude s'est construite autour des questionnements initiaux suivants: « comment les OC conjuguent-ils avec le vieillissement et la précarité des personnes toxicomanes? Et est-ce que les TVP réussissent à avoir une qualité de vie suffisante avec les services qui leurs sont offerts?». De même, au terme de cette aventure, l'ensemble des résultats permet d'apporter les réponses générales suivantes : tous les OC de l'enquête ont comme premier objectif de venir en aide à leur clientèle, ce qu'ils réussissent bien malgré des conditions loin d'être optimales. Force est de constater que bon nombre d'entre eux doivent combler des besoins de base, tels que le logement, la nourriture et l'accès à des soins médicaux, avant même de pouvoir s'attaquer aux problèmes spécifiques de la clientèle ciblée par cette thèse. Par ailleurs il a peu ou pas d'OC spécialisés pour faire face à une clientèle TVP. Certains OC déplorent même le manque de ressources pour cette clientèle et des listes d'attente aux ressources où ils peuvent les référer, même si certains cas nécessitent une attention urgente. Du côté des TVP, ils expriment très difficiles pour eux d'avoir une qualité de vie, malgré les services offerts par les OC. Cette clientèle n'est pas limitée à un ou deux problèmes à résoudre, mais plusieurs, relevant de la santé physique et de la santé mentale. L'absence de services spécialisés pour leurs besoins est sans aucun doute la cause de leur sentiment d'être à la fois mal desservi sans toutefois porter le blâme sur ces intervenants qui font leur réel possible pour les soutenir. Afin de dégager des conclusions pertinentes pour chaque élément de parcours de la thèse, les conclusions ont été étalées dans différentes sections, plutôt qu'une seule conclusion générale. Une clientèle toxicomane a son lot de difficultés, une clientèle vieillissante démontre d'autres types de problèmes, une clientèle en situation de précarité vit d'autres événements, mais une combinaison de TVP requiert une combinaison de connaissances et compétences dans plus d'une sphère, pour ce serait-ce que les soulager du fardeau qu'ils portent avec eux quotidiennement.

Il s'agit d'une problématique assez récente, émergente et constatée dans tous les pays confrontés à des phénomènes de toxicomanes vieillissant. Comme conséquence, les OC constatent l'apparition d'usagers avec de nouvelles particularités et pathologies. Il est évident que les mesures de prises

en charge traditionnelles dans les OC ne répondent que très partiellement à ces nouveaux questionnements, tant au niveau sanitaire que social que médical. Le phénomène constitue un problème transversal pour les organismes communautaire œuvrant auprès de cette clientèle et se distingue par des interventions intensives comme réponse à des multi- morbidités nécessitant des engagements considérables en ressources humaines et financières. En l'absence de données statistiques et scientifiques, les intervenants doivent naviguer à vue. Les services actuels ne sont pas toujours prêts à répondre aux besoins spécifiques de cette population cible.

Le vieillissement est un le cycle de vie par lequel passe tous les individus. La nouvelle réalité de la transformation de la personne nécessite de la part de chacun une certaine adaptabilité face aux changements qui s'opèrent. Bien que ce soit un processus dynamique, il s'accompagne parfois d'une vulnérabilité à plusieurs niveaux. Au Québec, comme partout ailleurs, on observe une population vieillissante. Selon les projections, le regroupement des personnes âgées de plus de 65 ans aura presque doublé sur une période de 10 ans, passant d'un ratio de 14,4% en 1996 à un ratio de 25% en 2026.

Les personnes vieillissantes sont plus susceptibles de devenir physiologiquement dépendantes des médicaments à potentiel addictif à cause des changements physiologiques associés à la vieillesse. Le cumul des facteurs de risque annonce la survenue des addictions et rend les sujets âgés, des candidats propices aux addictions. D'un autre côté, le processus de vieillissement touche particulièrement les personnes toxicomanes subissant un vieillissement précoce à cause de la chronicité de problèmes reliés à l'usage de substances psychotropes. Le défi du vieillissement, chez les personnes toxicomanes, implique d'essayer de préserver au mieux leur autonomie fonctionnelle, leur identité et un certain sentiment de sécurité, d'appartenance et d'utilité dans leur milieu de vie. Il se développe ainsi chez ces personnes des besoins spécifiques.

Les phénomènes de la toxicomanie et du vieillissement s'accompagnent très régulièrement d'autres problèmes concomitants. La toxicomanie, en particulier, est souvent reliée à la précarité définie comme étant l'absence d'une ou plusieurs des sécurités permettant aux personnes d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux.

Cette clientèle des OC vit de nombreuses difficultés qui réduisent considérablement ses capacités et, par conséquent, sa réhabilitation en individus autonomes. Les meilleures pratiques d'intervention incorporent l'engagement de plusieurs partenaires : l'utilisateur, le personnel des OC,

le milieu (bénévoles, amis et proches), les organismes partenaires (pour des interventions complémentaires et soutenues), les entreprises privées (par exemple, les employeurs lors d'intégration en emploi) et l'État par son engagement financier et sa reconnaissance officielle des organismes. Comme les personnes doivent combler des besoins primaires, il faut demeurer vigilant pour suivre leur évolution avec acuité et régularité, constance et solidarité. Chacun des partenaires a un rôle majeur à jouer : l'atteinte des objectifs de réhabilitation et réintégration sociale passe par des actions à tous ces niveaux. C'est une question de volonté communautaire et collective

Le mouvement communautaire continue d'œuvrer, comme il le fait depuis des décennies, auprès de la population. Porteur de traditions diverses, sa capacité d'adaptation à l'évolution de la société et à faire face aux problèmes nouveaux lui permettent de maintenir des services adéquats aux besoins de la population. La manière dont les OC de Montréal conjuguent avec la triple problématique de la toxicomanie, du vieillissement et de la précarité représente un enjeu essentiel à la qualité des décisions prises et des interventions posées. Bien que les OC fassent tout en leur possible pour aider toute personne dans le besoin, la clientèle TVP serait mieux servie cependant par des OC spécialisés dans le traitement de leur triple problématique.

La présente étude a permis de développer une connaissance et une compréhension accrues de l'adéquation, ou de l'inadéquation, entre l'offre de services des OC, les attentes des personnes vieillissantes vulnérables présentant des dépendances et les besoins en termes de santé au travail des intervenants qui évoluent en leur sein.

Cadre méthodologique

L'analyse nécessaire à cette recherche s'est déroulée en six étapes usuelles. L'approche qualitative a servi tout au long du processus.

Les étapes méthodologiques ayant été détaillées au chapitre 4 voici une synthèse des différentes étapes ayant mené à l'analyse des données et aux conclusions de l'étude.

Deux questionnaires, outils principaux de la méthode qualitative employée, ont été élaborés pour les entrevues, l'un destiné aux intervenants des OC (14 OC participants de l'île de Montréal) l'autre aux usagers (16 personnes TVP consommateurs ou ex-consommateurs de psychotropes). Ces

questionnaires ont eu pour objectif de recueillir non seulement des informations de base sur les OC et usagers mais aussi de recueillir des informations au cœur de l'étude. Du côté des OC la collecte de données visait non seulement des informations générales sur les OC, leur fonctionnement et leur culture mais aussi la collecte de données au cœur de cette étude, soit la clientèle, les services offerts, les inquiétudes face à l'augmentation des TVP, les difficultés rencontrées et bien entendu leurs recommandations pour tous changements qui pourraient leur permettre de mieux les outiller face à la clientèle des TVP. Du côté des usagers, le questionnement sur leurs cadres de vie, leurs santé physique et mentale, leurs addictions et aussi leurs attentes face aux services désirés des OC.

Pour faciliter la présentation des analyses de données, celles-ci ont été regroupées en différents tableaux, l'aspect visuel parlant en soi. L'information colligée dans ces tableaux a par la suite servi de base de données pour élaborer d'autres analyses. L'analyse qualitative visait à déterminer le sens des mots, leur signification et leur contenu.

La petite taille des populations tant des OC que des usagers limitait l'étendue des tests appropriés. Nous avons tenté d'extrapoler le résultat d'une population unique pour déterminer si ses résultats pouvaient être généralisés à l'ensemble des usagers. Nous avons aussi bâti des tableaux croisés pour voir la possibilité de dégager des relations entre certaines variables.

Les organismes communautaires

Tel que mentionné au chapitre 5, force est de constater que les OC sont plus qu'utiles à leur communauté quand certains ont pignon sur rue depuis longtemps, jusqu'à 115 ans d'existence pour l'un d'entre eux.

Leur capacité de s'adapter aux besoins très changeants de la clientèle est la clé de leur longévité. Les OC sont nombreux et ne suffisent pas à la tâche. Force est d'admettre, à la suite des enquêtes que le besoin de nourrir et de loger leur clientèle est aux premières loges des services à offrir. Leurs tâches sont variées, ils ont besoin d'être sur le terrain tout en assumant des tâches administratives. L'appui de bénévoles vient en aide très certainement (deux seuls OC n'ont pas de bénévoles pour les soutenir), mais ceux-ci possèdent de l'expérience souvent dans un seul domaine d'interventions, et certains n'ont que très peu d'expérience.

Malgré leurs diverses ressources trop souvent limitées, les OC ont pour mission première de tenter d'améliorer les conditions de vie de leurs usagers. Les besoins exprimés par leur clientèle leur permettent d'ajuster leurs objectifs en conséquence pour offrir les services les plus adéquats possibles.

Malheureusement face à notre clientèle cible, soit les TVP, aucun des OC à l'enquête n'avait comme mission spécifique d'élaborer des services essentiels pour une clientèle, en nombre croissant, touchée par une triple problématique combinée de toxicomanie, vieillissement et précarité. Bien que les TVP représentent en moyenne 80% de la clientèle des OC à l'étude, seulement la moitié des OC sont en mesure d'offrir des services pour cette clientèle vulnérable, mais rien d'élaboré en fonction de leur condition. L'autre moitié soit offre un minimum de services soit les réfèrent à d'autres ressources.

Les OC ont fait face à un nombre significatif de nouvelles situations, particulièrement depuis les cinq dernières années. L'augmentation de personnes vieillissantes, hommes ou femmes, isolées, en situation de dépendances, que ce soit à des drogues illicites ou à des médicaments, l'appât du jeu, et que dire de la croissance de problèmes « concomitants », phénomène relativement récent, sont au nombre de ces nouvelles facettes pour lesquelles les OC doivent elles-mêmes se réorganiser.

Ce n'est non pas sans fierté que les intervenants des OC, attestent de leurs forces qui contribuent à l'atteinte de leurs objectifs : pour certains ce sont de l'absence de discrimination ou de jugement, la capacité d'établir un lien de confiance avec les usagers, pour d'autres il s'agit de leur efficacité, expertise, expérience, ouverture d'esprit, et pour tous de leur passion. Il leur est tous important de créer une ambiance chaleureuse, de s'assurer de la disponibilité des intervenants, d'une bonne structure d'intervention et de la solidarité à l'interne comme avec les partenaires. Ils se sentent cependant limités dans leur action par le manque de financement, de personnel (travailleurs et bénévoles) et d'espace de travail. Il semble que certaines attitudes discriminantes de quelques intervenants ne correspondent pas au standard attendu par les usagers et aux valeurs véhiculées par les organismes.

Bien que le personnel soit en général satisfait de son travail, les doléances concernent surtout la surcharge de travail et le manque de temps à consacrer aux clients, dus au manque de ressources humaines et de financement.

L'accessibilité aux centres de désintoxication (places disponibles, transport) représente un enjeu de taille. Plusieurs usagers ne peuvent y avoir accès à court terme, ce qui réduit l'efficacité des plans interventions.

Outre les nouvelles stratégies à mettre en place pour bien desservir la clientèle des TVP, les principales suggestions des intervenants au sujet de l'amélioration de la situation des personnes toxicomanes vieillissantes en situation de précarité consistent en :

- une meilleure attitude du personnel,
- une hausse de financement pour tous les services qui suivent les personnes TVP dans leurs démarches,
- une accessibilité rapide aux centres de désintoxication,
- une mise en place de divers services au sujet de détoxication,
- une attribution des logement sociaux, une augmentation des activités communautaires,
- une mise en place des services offerts gratuits et des centres du jour,
- une meilleure visibilité des OC,
- une application de meilleures approches sur la toxicomanie et approches spécialisées gérontologie/toxicomanie,
- une augmentation des ressources, d'information,
- une mise en place d'un service de navettes.

Dans le domaine communautaire, selon les intervenants, il y a énormément des choses à améliorer et innover. Les représentants des OC suggèrent :

- une augmentation des ressources et des programmes en général, des ressources financières et matérielles en particulier,
- une meilleure intervention à proximité,
- plus de logements sociaux et HLM/logements supervisés,
- plus de programmes de suivi,
- plus d'accès aux services,
- plus de services alimentaires,
- de nouveaux services spécifiques à cette clientèle,
- des ressources spécialisées en gérontologie et toxicomanie,

- des centres interdisciplinaires pour les usagers à problèmes multiples,
- la reconnaissance des valeurs humaines de tous ceux et celles qui rendent leurs services aux personnes TVP,

Les usagers

Les seize usagers TVP qui ont accepté de participer à l'enquête, sont en forte majorité des hommes, proportionnellement trois hommes pour une femme, sont âgés de 55 à 74 ans. Le noyau le plus nombreux se situe entre 55 et 59 ans, Les individus divorcés et avec revenus sont aussi majoritaires.

La presque totalité des usagers est aux prises avec des problèmes de santé mentale et plus du tiers souffre d'une à quatre pathologies chroniques. Presque la moitié d'entre eux consomment de l'alcool et du tabac, alors que plus du tiers admettent faire usage de drogues.

Les analyses réalisées montrent que la population usagers est représentative de la population des usagers TVP pour les variables qui représentent les groupes d'âge, l'état civil, les maladies chroniques et les catégories de consommation du tabac. Ces analyses indiquent le groupe d'âge 55 à 59 ans comme étant significativement représentatif de la population des usagers TVP. Les résultats obtenus suggèrent que ce groupe d'âge devrait être au centre de l'attention de la communauté et des structures sociales et institutionnelles. Aussi, les résultats interprétés confirment ce qui a été souligné dans la littérature au sujet la santé mentale et physique des personnes toxicomanes. À part un usager, tous les usagers présentent entre une et quatre pathologies mentales.

La taille restreinte de la population ainsi que le nombre élevé des catégories pour certaines variables, ont influé sur les résultats : variables étudiées n'ont pas indiquer de lien de corrélation. Seules les corrélations : Aspect financier - Sexe, Âge - Drogues, Sexe - Consommation de cigarettes se sont révélées significatives.

Tous les usagers participant à cette étude ont indiqué avoir fréquenté dix-neuf (19) OC dans le passé, dont parfois plusieurs OC dans une même année. Chaque visite à un OC compte pour une visite, ce qui porte le nombre de leurs fréquentations à 39.

Les principales causes conduisant les usagers à fréquenter un OC sont les problèmes de santé mentale et de dépendance. L'étude constate que selon la hiérarchie des besoins de Maslow, les raisons regroupées sous la catégorie « besoins de sécurité » constituent 68% de l'ensemble des

raisons indiquées par les usagers lors des entrevues. Ce constat est cohérent avec le profil des seize usagers toxicomanes/ex-toxicomanes vieillissants et précaires qui présentent des pathologies mentales et physiques et sollicitent de l'aide pour survivre ou améliorer leur qualité de vie.

Les usagers TVP fréquentent les OC non seulement pour avoir accès à des soins de santé, mais aussi à d'autres services autrement inabordables du fait de leur précarité.

Les besoins sociaux présentent un pourcentage de (16%) des services recherchés. Il ne faut cependant considérer ce facteur de moindre importance. Les entrevues ont mis en évidence l'isolement des usagers TVP: ajouté aux raisons de sécurité et de protection, ils fréquentent les OC et d'autres lieux d'accueil dans le but de développer des contacts sociaux dans un milieu humain, aimable, respectueux et confiant ainsi que de construire des liens communautaires.

Les OC fréquentés semblent avoir satisfait la majorité des usagers qui soulignent avoir pu recevoir les informations désirées et ont pu socialiser.

Encore une fois, tel que mentionné dans le corps de la recherche, un petit nombre des usagers a été capable d'exprimer leurs besoins mais une grande majorité a pu identifier leurs objectifs. Bien qu'ils aient aussi exprimé plusieurs insatisfactions face aux services reçus, la difficulté se situait notamment au niveau de nommer les points forts des OC qu'ils fréquentent.

Somme toute, seul un petit nombre a exprimé ses opinions face aux forces et faiblesses observées auprès des OC où ils se rendent. Il n'en demeure pas moins que la moitié se dit malgré tout satisfaite des services reçus, et plus de la moitié ont observé par la suite des changements positifs dans leurs vies. Un grand nombre de répondants sont convaincus cependant que les OC font tout en leur possible pour leur venir en aide.

Encore une fois, en ce qui concerne les recommandations pour l'amélioration de la situation des TVP, les usagers ont, sans exception, livré des recommandations qui portent sur de différents aspects. Dans la cible de leurs recommandations sont le personnel et les services. Les recommandations livrées sur le personnel sont plus nombreuses que celles sur les services.

Les histoires de Guy, Victoria et Marc représentent un portrait des personnes toxicomanes, vieillissant en précarité qui fréquentent les OC de la ville de Montréal.

La mise en commun des perspectives des organismes communautaires et celles des usagers

On peut corrélérer une certaine ligne directrice en ce qui a trait aux recommandations formulées tant par les intervenants des OC que par les usagers. On peut alors interpréter que les opinions et les perceptions sur les diverses facettes des problématiques auxquelles font face les OC est la même tant du côté d'un groupe que de l'autre.

L'analyse des réponses indique une disparité d'opinion entre les intervenants des OC et les usagers en ce qui a trait à la question commune des points forts mais des perceptions semblables en ce qui concerne les points faibles des OC. Les usagers comme les représentants des OC arrivent à identifier pratiquement les mêmes faiblesses qui caractérisent les OC et leurs services.

Bien que les TVP aient observé certains changements dans leurs vies à la suite des services reçus, ils ne considèrent pas pour autant que ces services puissent leur permettre une qualité de vie suffisante.

Les stratégies sur le plan financier doivent se traduire par la mise en œuvre des projets financés par l'État, définis et élaborés par l'organisme communautaire selon un processus démocratique. Elles doivent avoir comme objectif principal d'assurer aux OC des revenus stables, afin de développer des services efficaces et fiables. Des projets financés par les partenaires privés devraient être aussi implémentés pour répondre aux demandes sans cesse grandissantes. La créativité, l'innovation et la collaboration avec différents partenaires s'avèrent des outils stratégiques nécessaires pour que les OC trouvent des financements en leur permettant de mettre en valeur leur identité propre et leurs missions. Pour les OC, le succès d'un bon partenariat devrait se fonder non seulement sur la confiance, la communication et la bonne gestion des attentes, mais surtout sur la mobilisation sociale qui demeure l'élément clé de leur action.

Quant aux stratégies de gestion du personnel, elles représentent des moyens indispensables afin de déterminer les modèles de recommandations sur les services et la communication avec la clientèle. Pour que la clientèle TVP puisse atteindre certains objectifs bénéfiques essentiels au bien-être, les intervenants doivent adopter certaines lignes de conduite qui les aideront dans la communication avec cette clientèle vulnérable. Aussi, une meilleure représentativité des aînés dans les équipes

d'intervention auprès de la clientèle TVP améliorerait l'efficacité des services offerts et augmenterait la satisfaction des usagers.

Il est important de conclure que l'amélioration de la situation de la clientèle TVP par la réussite des stratégies portant sur les aspects de finances, de gestion du personnel et les autres aspects du fonctionnement des OC dépendent de la collaboration et l'engagement de plusieurs acteurs de la société : les usagers, le personnel des OC, le milieu social du toxicomane, les organismes partenaires, les entreprises privées et l'État. Comme les personnes TVP doivent combler des besoins primaires, il faut demeurer vigilant pour suivre leur évolution avec acuité et régularité, constance et solidarité. Chacun des acteurs a un rôle majeur à jouer : l'atteinte des objectifs de réhabilitation et réintégration sociale. C'est une question de volonté communautaire et collective.

Intérêt de l'étude et sa perspective

Ce travail de recherche présente un état des lieux de la situation des OC montréalais face à la triple problématique de la toxicomanie, du vieillissement et de la précarité. Cette problématique pourrait susciter de futures recherches, spécialement pour le domaine communautaire.

Les résultats de cette étude révèlent l'importance et la nécessité d'intégrer une approche qualitative dans le domaine des sciences sociales.

Cette thèse ne pourra certainement pas faire ressortir toute la portée de l'influence des acteurs collectifs sur les acteurs individuels, mais nous souhaitons qu'elle puisse au moins mettre en lumière les effets et la dynamique des diverses interactions tels que perçus par les acteurs et par ceux qui les accompagnent. Il reste complexe de tout voir et de tout documenter dans une seule étude, mais nous souhaitons pouvoir au moins contribuer au développement des connaissances à propos du phénomène du vieillissement des personnes toxicomanes en situation de précarité, ainsi qu'au renouvellement des pratiques sociales, spécialement des pratiques communautaires. Les retombées attendues de l'étude réalisée ici et des propositions d'amélioration sont les suivantes.

Faciliter les activités de transfert des connaissances en regard des besoins du milieu

Il est important que les OC offrant des programmes d'aide et de soutien à la population et désireux de desservir la population ciblée par notre recherche puissent s'inspirer des méthodes et programmes qui ont été mis en place dans leur secteur d'activité respectif. Une telle perspective de

transfert des connaissances est d'autant plus souhaitable que les ressources impliquées se retrouvent aujourd'hui dans un contexte de contrainte budgétaire contraignant de plus en plus les OC à justifier leurs décisions, leurs actions et leurs résultats. Le processus d'élaboration de programmes devrait mettre à profit les compétences développées dans un même secteur d'activités. Ce transfert de connaissances doit être cependant adapté au contexte ainsi qu'aux besoins spécifiques et aux particularités du milieu. Il représente ainsi une source d'inspiration au même titre que les données de la littérature clinique et scientifique.

Dégager des priorités de recherche

D'une telle démarche résultent une meilleure connaissance des programmes existants et des compétences développées. Il en ressort également une compréhension plus grande des clientèles desservies, de leurs besoins et des stratégies à privilégier pour mieux répondre à ces besoins. Ces observations susciteront cependant des interrogations et des insuffisances qui serviront ultérieurement à l'identification de questions de recherche. Ainsi, la conduite de nouvelles recherches pourra servir, à nouveau, à un transfert de connaissances permettant aux responsables de programmes de poursuivre leur réflexion et leur engagement à améliorer les moyens utilisés pour satisfaire les besoins des clientèles.

Attirer l'attention sur les réussites et les défis des OC

Les OC jouent un rôle capital dans l'amélioration de la santé et du bien-être de la population. Ils apportent une contribution essentielle et originale aux besoins de la population et tirent profit de l'autonomie nécessaire à la réalisation de leurs activités. Les OC sont confrontés à renouveler leur pratique compte tenu de la transformation des politiques, des services publics, des communautés et des mouvements sociaux. Les résultats présents pourraient produire des connaissances visant le développement de l'organisme communautaire dans le service public et dans le milieu communautaire par la compréhension des conditions de succès. Ils pourraient aussi témoigner d'une expérience, d'une pratique en organisme communautaire et en dégager des caractéristiques, des conditions, des facteurs de réussite et de défis et en favoriser la diffusion.

Limites de l'étude

Le concept « drogue ou toxicomanie » couvre un champ trop vaste et complexe. Il faut donc en circonscrire les limites et se concentrer sur les OC qui conjuguent avec des personnes toxicomanes vieillissantes en état de précarité dans la ville de Montréal. En plus, cette thèse se concentre sur les personnes toxicomanes vieillissantes (55 ans et plus), précarisées et marginalisées.

La construction théorique nécessiterait d'être validée par d'autres recherches, premièrement avec d'autres groupes de personnes exclues ou discriminées (personnes ayant des handicaps ou personnes issues de groupes ethniques minoritaires par exemple), puis avec des individus non discriminés afin de mieux cerner l'influence des facteurs sociaux sur les processus, mais aussi pour déterminer l'influence des véhicules que sont les OC avec d'autres réalités.

Une plus grande population étudiée aurait générée plus de résultats et favorisée une plus grande fiabilité des résultats.

Il est également important de noter que les résultats de cette étude sont basés sur les opinions subjectives des individus sélectionnés ce qui rend difficile de savoir les effets qu'ils représentent réellement.

Éthique

Les processus de collecte de donnée et d'analyse se sont déroulés de manière anonyme, mais antérieurement ou à l'extérieur du processus doctoral. En ce sens et même si elles ont été recueillies par l'auteur de la thèse, les données correspondent à la définition des « données de seconde main » ou de « données partenaires », car elles ont été dûment obtenues à travers l'entreprise pour laquelle travaille l'auteur. Pendant les entrevues réalisées au nom de cette entreprise, les personnes peuvent en tout temps se retirer de la recherche sans aucun préjudice. La participation ne se fait que sur une base volontaire. Après avoir signé un formulaire de consentement, les participants sont informés de toutes les modalités de l'étude. Aucune rémunération n'est offerte pour cette participation. Enfin, conformément à la réglementation publique et interne concernées, ces données furent toujours gardées dans un endroit fermé à clé. En pareil cas, tous les documents informatiques reliés à une recherche sont protégés par mot de passe régulièrement modifié pour fins de sécurité. Bien

entendu, aucun rapport, ni aucune analyse ne fait mention de données nominatives ou pouvant mener à l'identification du sujet.

BIBLIOGRAPHIE

- AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL. (2010). *Sommaire des concepts et des modalités d'application de l'interdisciplinarité en première ligne*. Montréal: ASSSM.
- AHRENS M. P.(1998). A Model for Dual Disorder Treatment in Acute Psychiatry in a VA Population. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 15 (2), p.107-112.
- ALLARD, J., Allaire, D., Leclerc, G., & Langlois, S.-P.(1997). L'influence des relations familiales et sociales sur la consommation de médicaments psychotropes chez les personnes âgées. *Santé mentale au Québec*, p.164-182.
- ALBANESE M. J., Bartel R. L., Bruno R. F., Morgenbesser M. W., Schatzberg A. F. (1994). Comparison of Measures Used to Determine Substance Abuse in an Inpatient Psychiatric Population. *American Journal of Psychiatry*, 151 (7), p.1077-1078.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (1994). *DSM IV-Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, 4e édition, Paris : Masson, p.993.
- ANCEL, Pascale et Gaussot, Ludovic. (1998). *Alcool et alcoolisme. Pratiques et représentation*. Coll. Logiques sociales. Paris : Éditions l'Harmattan.
- ANDRÉ, C. (2009). Les thérapies comportementales et cognitives. *Sciences humaines, hors-série, Grands dossiers*, 15, p.46-47.
- ARTEAU, Marcel. (2003). Le développement du pouvoir d'agir des personnes et des collectivités selon Yann Le Bossé. *Module de formation à l'approche du développement du pouvoir d'agir des personnes et des collectivités*. Québec : Anim'action, p.51-55.
- APOSTOLIDIS, Thémiset, Rouan, G. et Eisenhor, S. (2003). Construction du rapport aux drogues dans un contexte de précarité, *Psychotropes*, 2003/2 Vol. 9, p.65-81.
- APPARICIO, Philippe. (2006). L'identification et la qualification des espaces de pauvreté à Montréal. *Cahiers de géographie du Québec*, vol. 50, no 141, p.523-529.

- ARTIS, O. (2008). Organismes communautaires à bout de souffle. *Canoe infos*. Février 2008. [En ligne]. Page consultée le 27 avril 2008 de <http://www.canoe.com/infos/quebeccanada/archives/2008/02/20080221-141425.html>.
- ASSOCIATION DES CENTRES DE RÉADAPTATION EN DÉPENDANCE DU QUÉBEC. (2010). Chronique ou passagère, la toxicomanie nécessite la conjugaison des efforts de tous les acteurs. [Communiqué].
- ASSOCIATION PSYCHIATRIQUE AMÉRICAINE. (2003). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. DSM-IV-TR. Texte révisé. Paris : Masson.
- AUTÈS, Michel. (1995). Genèse d'une nouvelle question sociale : l'exclusion. *Lien social et Politiques*, no 34, p.43-53.
- AUTHIER, N., LLorca, P.M. et Courty, P.(2008). Soulager la douleur chez les patients dépendants des opiacés. *Le courrier des addictions*, 10(4), p.11-13.
- BADRE, D., Truchot, D. (2004). Agressions au travail et burnout chez les travailleurs sociaux. Influence de l'auto efficacité et du pouvoir organisationnel. *Revue francophone du stress et du trauma*, no 3, vol. 4.
- BAYLÉ F.J., CHIMON J.M., ADÈS J., (1994). *Le concept d'addiction*, Neuro-Psy p.9-17
- BECKER, H. S. (1985). *Outsiders : Études de sociologie de la déviance*. Paris : Éditions Métailié.
- BÉDARD, G. (1989). *Étude descriptive de la clientèle psychiatrique fréquentant deux hôpitaux du territoire du DSC Saint-Luc*, Montréal : Département de santé communautaire, Hôpital Saint-Luc.
- BÉLAND, D. (2007). *States of Global Industry: Policy, Politics and Society*. New York: Worth Publishers p.20
- BÉLANGER, J.P.(1999). Les organismes communautaires, une composante essentielle de ce tiers secteur. *Nouvelles pratiques sociales*. Vol. 12, No 2, p.90-93. [En ligne]. Page consultée le 27 avril 2008 de <http://www.erudit.org/revue/nps/1999/v12/n2/000055ar.pdf>.
- BELL, John S. (1964). On the Einstein Podolsky Rosen Paradox. *Physics*. Vol. 1, N°3, p. 195-200.

- BEN AMAR, M. (2007). *La polyconsommation de psychotropes et les principales interactions pharmacologiques associées*. Montréal : Centre québécois de lutte aux dépendances.
- BERG, R. L., & Cassells, J. S. (1992). *The Second Fifty Years Promoting Health and Preventing Disability*. Washington, D.C.: National Academy Press Ed.
- BERGERON, Henri. (2009). *Sociologie de la drogue*. Coll. Repères. Paris : Éditions la Découverte.
- BERNIER, Diane. (2001). *La crise du burnout : s'en remettre, c'est refaire sa vie*. Coll. Partage. Montréal : Les éditions internationales Alain Stanké.
- BERTIN, Alexandre. (2005). Quelle perspective pour l'approche par les capacités. *Tiers-Monde*, tome 46, no 182, p.385-406.
- BERTRAND, K., Brunelle, N., Patenaude, C., Landry, M. et Brochu, S. *À la croisée des chemins : trajectoires addictives et trajectoires de services. La perspective des personnes toxicomanes*, Québec : Centre de recherche du CRDM-UI [papier virtuel].
- BESSON, C. (1997). Travail social de groupe et intervention de réseaux. Spécificités et complémentarités. *Service social*, 46, 2-3, p.127-145.
- BISIAUX, Raphaëlle. (2011). Comment définir la pauvreté : Ravallion, Sen ou Rawls? *L'Économie politique*, no 49, janvier. [En ligne]. Page consultée le 16 mars 2013 de http://www.leconomiepolitique.fr/comment-definir-la-pauvrete--ravallion--sen-ou-rawls-_fr_art_1072_52989.html.
- BLANCHET, L., Corbeil, L. et Daumas-Saab, C. (1996). L'implantation d'une pratique de réseau dans un service de psychiatrie infantile. *Nouvelles pratiques sociales*, 9, 1, p.115-126.
- BLANCHET, L., Dauphinais, R., Lavigreur, H. & Mayer, R. (1981). L'intervention en réseau, un modèle alternatif de prise en charge communautaire. *Santé mentale au Québec*, 6 (2), p.126-132.
- BLOW, F. C. (1998). *Substance Abuse Among Older Adults Treatment: Improvement Protocol (TIP)*. Series. [en ligne]. Page consultée le 16 mars 2013 de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK64419/pdf/TOC.pdf>.

- BOERS, B. (2008). *Vieillesse des patients en traitement de substitution à la méthadone : défis et perspectives*. Actes du Premier colloque international francophone sur le traitement de la dépendance aux opioïdes, Montréal.
- BONNIN, J-P., Fournier, L., Blais, R., et Perreault, M. (2005). Utilisation des services par les personnes fréquentant les ressources pour les personnes itinérantes de Montréal et de Québec, et atteintes de troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie. *Drogues, Santé et Société*, 4 (2), p.211-248.
- BORKMAN, Thomasina et Parisi, Maria. (1995). *The role of self-helps groups on fostering a caring society*. Care and Community in Modern Society. P.109
- BOUCHARD, C. (1987). Intervenir à partir de l'approche écologique : au centre, l'intervenante. *Service social*, 36 (2), p.454-477.
- BOULANGER, D., Larose, F., Larivée, J. S., Couturier, Y., Mérini, C., Blain, F., Grenier, N. (2011). Critique des fondements et usages de l'écosystème dans le domaine du partenariat école-famille-communauté : application d'une perspective contextuelle et socioculturelle dans le cadre du programme Famille, école, communauté, réussir ensemble. *Service social*, 57 (2), p.129-157.
- BOURQUE, D. (2004). Nouvelle configuration des services sociaux et de santé : Quel rôle pour les associations et organismes communautaires? *L'Abri, revue de l'Association québécoise des personnes aphasiques*, vol. 6, no 3, p.13-22.
- BOURQUE, D. (2008). *Concertation et partenariat : Entre levier et piège du développement des communautés*. Québec : Presses de l'Université du Québec, collection Initiatives, 142 p.
- BRABANT, DR. M., Dr Feldman, S., Petit, L., Dr. Provost, M. et Viens, D. (1999). *Ligne directrice dans le traitement de la toxicomanie aux opiacés*. Québec : Collèges des médecins du Québec, Ordre des Pharmaciens du Québec.
- BRADIZZA C., Stasiewicz, P.(1997). Integrating Substance Abuse Treatment for the Seriously Mentally Ill into Inpatient Psychiatric Treatment. *Journal of Substance Abuse and Treatment*, 14 (2), p.103-111.
- BRENTON-LONGMAN, M. (1985). *The Voluntary Sector in British Social Services*, London, New York, p.108

- BRESSON, Maryse. (2007a). *Sociologie de la précarité*. Coll. Sociologie, Paris : Armand Colin éditeur.
- BRESSON, Maryse. (2007b). La pauvreté est-elle encore une question sociologique d'actualité? Un enjeu de définition, de méthode et de théorie. *Pensée plurielle*, 3, no 16, p.9-17.
- BRIÈRE-CHAREST, Kim. 2013. « Les enjeux de la santé mentale et du vieillissement chez les personnes vivant avec le VIH, itinérantes et toxicomanes ». Montréal : Groupe d'entraide à l'intention des personnes séropositives, itinérantes et toxicomanes (GEIPSI), 12 p. (en ligne). <http://geipsi.ca/sites/default/files/publications/articles/enjeux.pdf>
- BRISSETTE, L. et Boucher, N. (1994). *Modèles d'intervention et service social auprès des personnes âgées*. Québec : Université Laval, 59 p.
- BRISSON, P.(1997). *L'approche de réduction des méfaits : sources, situation, pratiques*. Comité de lutte à la toxicomanie. Montréal.
- BRISSON, P.(dir.). (2000). *L'usage des drogues et de la toxicomanie Vol III*. Montréal: Gaétan Morin éditeur.
- BRONFENBRENNER, U. (1979). *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design*. USA: Harvard University Press, 330 p.
- BROWNE, Paul Leduc (1996). *Love in a Cold World? The Voluntary Sector in an Age of Cuts*, Ottawa, Centre Canadien de politiques alternatives.
- BUCKLEY P.F. (1998). Substance Abuse in Schizophrenia: A review. *Journal of clinical psychiatry*, 59 (3), p.26-30.
- BUSSIÈRE, Y. (2006). *Atlas du vieillissement et des déséquilibres démographiques régionaux au Québec 2001 – 2021 – 2041*. Québec : INRS – Urbanisation, Culture et Société, 31 p.
- BUTT, P., Beirness, D., Stockwell, T., Gliksman, L. & Paradis, C. (2011). *L'alcool et la santé au Canada : résumé des données probantes et directives de consommation à faible risque*. Ottawa : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.
- CALVACANTI, L. (1994). *Prévention de l'abus des drogues par l'Éducation et l'information : un devoir interdisciplinaire dans le contexte du développement humain*, Document de

programme et de réunion, consulté le 14 mars de 2013 de

https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000098187_fre

CAMERON, D. (2013). Notre-Dame deviendra un hôpital pour l'Est, l'Hôtel-Dieu sera vendu. *La Presse*. [En ligne]. Page consultée le 28 mars de <http://www.lapresse.ca/actualites/sante/201303/27/01-4635502-notre-damedeviendra-un-hopital-pour-lest-lhotel-dieu-sera-vendu.php>.

CANCELA, E. et Giardini, U. (2005). Les abus de substances chez la personne âgée. *Dépendances*, 10 (26), p.2-4.

CARDINAL, L., Langlois, M.-C., Gagné, D., Tourigny, A. (2008). *Perspectives pour un vieillissement en santé : proposition d'un modèle conceptuel*. Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Direction de santé publique et Institut national de santé publique du Québec, 58 p.

CAREY K. B. (1996). Treatment of Co-Occuring Substance Abuse and Major Mental Illness, *New Directions for Mental Health Services*, 70, p.19-31.

CASTEL, Robert. (1994). La dynamique des processus de marginalisation : de la vulnérabilité à la désaffiliation. *Cahiers de recherche sociologique*, no 22, p.11-27.

CASTEL, R. (1995). Les pièges de l'exclusion. *Lien Social et Politiques*, 34, 13-21.

CENTRE CANADIEN DE LA LUTTE CONTRE LES TOXICOMANIES. (2010). [En ligne]. Page consultée le date de <http://www.ccdus.ca/Fra/Pages/default.aspx>.

CENTRE DOLLARD CORMIER. (2010). *Pratiques reconnues dans le traitement des jeunes et des adultes aux prises avec une dépendance*. Institut Universitaire sur les dépendances.

CENTRE MARMOTTAN, centre de soins et d'accompagnement des pratiques addictives. [En ligne]. Page consultée le date de www.hopital-marmottan.fr/wordpress/?pageid=337- et www.hopitalmarmottan.fr/wordpress/?p=834.

CENTRE QUÉBÉCOIS DE LA LUTTE AUX DÉPENDANCES. (2011). *Portrait de l'environnement au Québec en matière de consommation et abus d'alcool et de drogues*. Santé Canada.

- CHAMBERLAND, C. (2003). *Violence parentale et violence conjugale: des réalités plurielles, multidimensionnelles et interreliées*. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- CHAPOULIE, J-M. (1985). *Préface HS Becker Outsiders*. Paris : Éditions Métailié.
- CHARETTE, A.-C. (2009). *L'intervention sociale auprès des personnes âgées alcooliques ou toxicomanes en soutien à domicile : le point de vue des intervenantes sociales*. Mémoire. Gatineau, Université du Québec en Outaouais, Département de travail social, 189 p.
- CHÂTEL, V. et Soulet, M.H. (2001). L'exclusion, la vitalité d'une thématique usée. *Sociologie et Sociétés*, 33(2), 175-202.
- CHAYER, M-C., Vieux, M-G., Bruneau, J., Jutras-Aswad, D. (2011). Traitement intégré de l'hépatite C auprès des personnes avec des troubles concomitants de santé mentale et de dépendance : promouvoir le changement en milieu urbain. *Santé mentale au Québec*, 36(2), 77-96.
- CHEVALIER S., LATULIPE D. NICOLAS T. (2013). *Portrait Montréalais des besoins de la population et du milieu communautaire; une équation à revoir*. Réseau Alternatif et Communautaire des Organismes en santé mentale de l'île de Montréal et collectif (RACOR)
- CINGOLANI, Patrick. (2011). *La précarité*. Coll. Que sais-je. 3^e édition, Paris : Presses universitaires de France.
- CLÉMENT JP, Bourlot, D. (1999). Alcoolisme et conduites addictives du sujet âgé. In Léger JM, Clément JP, Wertheimer J, eds. *Psychiatrie du sujet âgé*. Paris : Flammarion, 257-70.
- COGNEAU, D. DUMONT, J.C. ET ALL. (1996). *Pauvreté et développement, un bilan malaisé*, document de travail DIAL, 07/T :21
- COHEN, D. et Collin, J. (1997). *Les toxicomanies liées aux médicaments psychotropes chez les personnes âgées, les femmes et les enfants : recension et analyse des écrits*. Document préparé pour le groupe de travail sur la prévention des toxicomanies. Ministère de la Santé et des Services sociaux, gouvernement du Québec.
- COHEN-EMRIQUE, M. (1993). L'approche interculturelle dans le processus d'aide. *Santé mentale au Québec*, 18(1), 71-91.

- COLLIN, Chantal et Hilary Jensen. (2009). *Profil statistique de la pauvreté au Canada*. Service d'information et de recherche parlementaire. Bibliothèque du Parlement, PRB 09-17F.
- COLLIN, Johanne. (2003). Médicament et vieillesse. Trois cas de figure. *Anthropologie et sociétés*. Vol 27, no 2, pp. 119-138.
- COMEAU, Yvan, Duperre, M., Hurtubise, Y., Mercier, C. et Turcotte, D. (2007). La pratique de l'organisme communautaire dans le réseau communautaire au Québec. *Intervention*. No 126 : 7-19.
- COMITÉ AVISEUR DE L'ACTION COMMUNAUTAIRE AUTONOME. (n. d.) *Déclaration des organismes d'action communautaire autonome*. Montréal.
- COMITÉ AVISEUR DE L'ACTION COMMUNAUTAIRE AUTONOME DU QUÉBEC. (n. d.) *Analyse du Plan d'action gouvernemental en matière d'action communautaire et du cadre de référence en matière d'action communautaire*. Montréal.
- COMITÉ PERMANENT DE LUTTE À LA TOXICOMANIE (1996). *La toxicomanie au Québec : des inquiétudes à l'action*. Rapport au ministre de la Santé et des Services Sociaux, Gouvernement du Québec.
- COMITÉ PERMANENT À LA LUTTE CONTRE LA TOXICOMANIE (2001). *La toxicomanie chez les aînés : reconnaître, comprendre et agir*. Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes. Guide d'intervention.
- COMMISSION DES CENTRES DE RÉADAPTATION POUR PERSONNES ALCOOLIQUES ET TOXICOMANES DU QUÉBEC (1991), dans *Plan régional d'organisation des services en toxicomanie, 2002-2003, Régie Régionale de la Santé et des Services Sociaux de Chaudières-Appalaches, mai 2000*
- COMMUNAUTÉ PERMANENT DE LA LUTTE À LA TOXICOMANIE (CPLT) (1996). *La Toxicomanie au Québec : des inquiétudes à l'action*, Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services Sociaux
- CONSEIL DE L'EUROPE. (2002). 5.9 La pauvreté, dans *Repères. Manuel pour la pratique de l'éducation aux droits de l'homme avec les jeunes*. Strasbourg : Division des Éditions et de la direction de la communication et de la recherche, p.398-401.

- CORIN, E., Lauzon, G. (1988). Réalités et mirages : les espaces psychiques et sociaux de la réinsertion. *Santé mentale au Québec*, 13(1), 69-86.
- CORIN, E., Tremblay, J., Sherif, T. et Bergeron, L. (1984). Entre les services professionnels et les réseaux sociaux : les stratégies d'existence des personnes âgées. *Sociologie et sociétés*, 16, 2, 89-104.
- CORMIER, Dollard. 1984. *Toxicomanie : styles de vie*. Chicoutimi : Gaétan Morin éditeur.
- CORRIVEAU, J. (2015, 8 juillet). *Montréal compte environ 3000 itinérants*. Le Devoir. [En ligne]. Page consultée le 9 mai 2013 de www.ledevoir.com/politique/montreal/444472/montreal-compteenviron3000-itinerants.
- COURDERC, E. J. (2010). *Représentations de la consommation d'alcool chez les plus de 65 ans : étude qualitative*. Thèse de doctorat en médecine. Université Denis Diderot- Paris 7.
- COUTURIER, Yves. (2004). Le déploiement de l'intervention. Lecture d'un transversal interdisciplinaire à la lumière de l'herméneutique du sujet selon Foucault. *Esprit critique*.
- COX, R. H., Billon, C. & Lecoq, J.-C. (2005). *Psychologie du sport*. Bruxelles : De Boeck Université.
- CROZIER, M., FRIEDBERG, E. (1977). *L'acteur et le système*. Paris : Seuil, Coll. Sociologie politique, p.30.
- CRPDS (2006), *La mise en œuvre de la politique de reconnaissance et de soutien de l'action communautaire au niveau central et intersectoriel : identification des enjeux*. Septembre 2006.
- CSSS CŒUR-DE-L'ILE (2006). *La démarche locale de projet clinique PPALV*. Montréal, 71 p.
- CSSS CŒUR-DE-L'ILE (2008). *Portrait de la population du territoire*. Montréal, 22 p.
- CSSS CŒUR-DE-L'ILE (2012). *Rapport annuel de gestion 2011-2012*. Montréal, 66 p.
- CSSS CŒUR-DE-L'ILE. *Code d'éthique du CSSS Chœur-de-L'Ile*. [En ligne]. Page consultée le 9 mai 2013 de http://www.cssscoeurdelile.ca/fileadmin/csss_cdi/Qui_somme-nous/pdf/code-ethique-cssscdi.pdf

- CUFFEL B. J, Substance Use Disorder: Prevalence, Patterns of Use and Course, *New Directions for Mental Health Services*, 1996, 70, 93-105.
- CUMMINGS, S. M., Bride, B. & Rawlins-Shaw, A. M. (2006). Alcohol Abuse Treatment for Older Adults. *Journal of evidence-based Social Work*, 3 (1), 79-99.
- CURRIER G. W., SERPER M. R., ALLEN M. H., Diagnosing Substance Abuse in Psychiatric Emergency Service Patients, *New Directions for Mental Health Services*, 1995, 67, 3-12.
- D'AGOSTINO, Serge, Duvert, N. (2008). *La pauvreté*. Coll. Thèmes et débats économie. Paris : Éditions Boréal.
- DALLAIRE, B. (2009). Présentation dans le cadre du colloque Avoir sa place. Inclusion ou exclusion des personnes âgées dans le réseau de la santé et des services sociaux. École de Service Social, Université Laval. Québec, 4 mai 2009.
- DANIEL, Justin (coordonnateur). (2007). *Pauvreté, précarité et formes d'exclusion en Martinique : une approche qualitative*. Département de la Martinique.
- DASTOUS, F. *L'échantillonnage*. [En ligne]. Page consultée le 10 juin 2008 de http://members.tripod.com/frede_dast/conseil/echantillon.html.
- DAWIS, R.V., Weiss, D.J., England, G.W., Lofquise, L.H. (1967). *Minnesota studies in vocational rehabilitation: manual for Minnesota Satisfaction Questionnaire*. Vocational Psychology Research, University of Minnesota. [En ligne]. Page consultée le 10 juin 2008 de <http://mediatheque.parisdescartes.fr/doc/racine/f/flandinf/102544MinnesotaSQ.PDF>.
- DEBERSAQUES, E. (2006). *Vivre avec le syndrome Korsakoff*. [En ligne]. Page consultée le 26 mars 2013 de <http://www.famidac.fr/IMG/pdf/korsakoff-brochure.pdf>.
- DeGROOT-MAGETTI, G. (2002). *A measure of poverty in Canada: a guide to the debate about poverty lines*. Document consult. Le 26 mars 2013 de https://endingpovertytogether.org/wp-content/uploads/2018/10/A_measure_of_poverty.pdf
- DÉJOURS, Christophe. (1995). Comment formuler une problématique de la santé en ergonomie et en médecine du travail. *Le travail humain*, vol, no,
- DENAULT, Hayda. (1960). La pauvreté et le service social en Amérique du Nord. *Service social*, vol. 9, n° 3, p.50 à 80.

- DESLAURIERS J.P.(2003). *Travailler dans le communautaire*. (p.24-48). Québec : Presses de l'université du Québec. [En ligne]. Page consultée le 27 avril 2008 de http://books.google.ca/books?hl=fr&id=cOZW9VxRf_8C&dq=travailler+dans+le+communautaire&printsec=frontcover&source=web&ots=61wmQp6wvH&sig=UhSrhizWWbGCV73cWyRLr_fCjHE&sa=X&oi=book_result&resnum=3&ct=result
- DESROSIERS, P.(2008). *Les services de désintoxication dans les centres de réadaptation en dépendance : meilleures pratiques et offre de services de base dans un contexte de réseau intégré de services*. Québec : Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes, 62 p.
- DEVELAY, Michel. (2009). La science et le problème. *Revue internationale de psychologie et de gestion des comportements organisationnels*.
- DIBIE-RACOUPEAU, F., Estingoy, P.et Chavanne, V. (2003). Difficultés d'intervention à domicile chez les vieux alcooliques, *Gérontologie et société*, 2, 105, p.119-131.
- DIXON L., McNary S., Lehman, A. F. (1998). Remission of Substance Use Disorder Among Psychiatric Inpatient with Mental Illness. *American Journal of Psychiatry*, 155 (2), 239-243.
- DOLL, R., Forman, D., La Vecchia, C. & Woutersen, R. (1999). Alcoholic beverages and cancers of the digestive tract and larynx. In Macdonald, I., (ed.), *Health Issues Related to Alcohol Consumption*, vol, no, p.351-393.
- DORÉ, Gérald. (1985). L'organisme communautaire : définition et paradigme. *Service social*, vol. 38, no 2-3, p.210-230.
- DOUCET, L. Favreau, L. (1991). *Théories et pratiques en organisation communautaire*. (p.1-15). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- DRAKE R. E., Mc LAUGHLIN P., PEPPER B., MINKOFF K. (1991). Dual Diagnosis of Major Mental Illness and Substance Abuse Disorder: An Overview, *New Directions for Mental Health Services*, (50), 3-11.
- DRAKE R. E., ROSENBERG S. D., MUESER K. T., Assessing substance abuse use disorder in persons with severe mental illness. *New Directions for Mental Health Services*, 1996, (70), 3-17.

- DRAKE R. E, Mc HUGO G. J., CLARK R. E., TEAGUE G. B., XIE H., MILES K., ACKERSON T. H. (1998). Assertive Community Treatment for Patients with Co-Occurring Severe Mental Illness and Substance Use Disorder: A Clinical Trial, *American Journal of Orthopsychiatry*, 68 (2), 201-215.
- DROLET, Marie et René Morissette. (1999). *Dans quelle mesure les Canadiens sont-ils exposés au faible revenu?* Statistique Canada, Division de la statistique du revenu, no. 75F0002MIF.
- DSM-5. (2013). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Publié par L'American Psychiatry Association (APA). Traduction française parue en 2015
- DUBET, F. (2007). *L'expérience sociologique*. La Découverte, Collections « Repères Sociologie » p.89-110
- DUBREUCQ, S., Chanut, F., Jutras-Aswad, D. (2011). Traitement intégré de la comorbidité et santé mentale chez les populations urbaines : la situation montréalaise. *Santé mentale au Québec*, 36(2), 31-46.
- DUMEZ, Hervé (2011). *Qu'est-ce que la recherche qualitative?* Le Libellio d'Aegis, 2011, 7 (4 - Hiver), pp.47-58. (en ligne) Page consultée le 2 décembre 2017; de https://halshs.archives-ouvertes.fr/file/index/docid/657925/filename/pages_47_A_58_-_Dumez_H._-2011_-_Qu'est-ce_que_la_recherche_qualitative_-_Libellio_vol.7_nA_4.pdf
- DU MAYS, D. & Bordeleau, M. (2011). La consommation d'alcool au Québec : évolution et portrait régional. Institut de la statistique du Québec. *Zoom santé*, 32, 1-8.
- DUVAL, M., A. Fontaine, D. Fournier, S. Garon et J-F René. (2005). *Les organismes communautaires au Québec*. Pratiques et enjeux. Montréal : Gaétan Morin éditeur.
- EBBING, K. (2010). Consommation d'alcool et de benzodiazépines au troisième âge. *Revue médicale suisse*, 6(244), 762-766.
- ÉCOLE DE CHANTIER. (2007). Cadre de référence. Collaboration professionnelle. *Document de travail*, Université de Sherbrooke.
- ÉDUC'ALCOOL (2006). *L'alcool et les aînés*. Montréal. [En ligne]. Page consultée le 27 avril 2008 de http://educalcool.qc.ca/wp-content/uploads/2011/12/Alcool_et_Sante_3.pdf.

- EL-GUEBALY N. (1990). Substance Abuse and Mental Disorders: The Dual Diagnoses Concept. *Canadian Journal of Psychiatry*, (35), 261-267.
- ELLISON, R. C. et Martinic, M. (2007). The Harms and Benefits of Moderate Drinking: Findings of an International Symposium. *Annals of Epidemiology*, p.1-13.
- EMMANUELLI, X. et C. Frémontier. (2002). *La fracture sociale*. Coll. Que sais-je. Paris : Presses universitaires de France.
- ENQUÊTE DE SURVEILLANCE CANADIENNE DE LA CONSOMMATION D'ALCOOL ET DE DROGUES, (ESCCAD). (2011). *Sommaire des résultats pour 2011*. Bureau de la recherche et de la surveillance, Direction générale des substances contrôlées et de la lutte au tabagisme, Santé Canada, Ottawa, Ontario
- ENQUÊTE SUR LES TOXICOMANIES AU CANADA, (ETC.). (2004). *Une enquête nationale sur la consommation d'alcool et d'autres drogues par les Canadiens : La prévalence de l'usage et les méfaits*. Publié par le centre canadien de Lutte contre l'Alcoolisme et les Toxicomanies (CCLAT)
- ÉQUIPE ÉVALUATION QUALITATIVE ET FORMATIVE DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA POLITIQUE DE RECONNAISSANCE ET DE SOUTIEN DE L'ACTION COMMUNAUTAIRE, (2005). *La Gouvernance intersectorielle à l'épreuve, La collaboration*. Université de Montréal, Centre de recherche sur les Politiques et le développement social, [En ligne]. de <http://www.evulsac.com/www/questions/lacollaboration.aspx?lang=FR-CA>.
- ERHENBERG, A. (2005). La question mentale. Dans Furtos J. et Laval, C. (dirs.). *La santé mentale en actes*. Toulouse : Éres.
- ERHENBERG. A. (1991). Un monde de funambule. Dans A. Erhenberg (dir.), *Individus sous influence*. Paris : Éditions Esprit.
- ESTRYN-BEHAR, M., J-M. Lassaunière, C. Fry et A. de Bonnières. (2012). L'interdisciplinarité diminue-t-elle la souffrance au travail? Comparaison entre soignants de toutes spécialités (médecins et infirmier) avec ceux exerçant en soins palliatifs, en onco-hématologie et en gériatrie. *Médecine palliative*.

- ETHIER, Elie. (2012). L'effritement de l'idéal professionnel et les enjeux identitaires pouvant mener à un problème de santé mentale chez les intervenantes et les intervenants œuvrant au sein d'organismes communautaires et ayant une formation en travail social. *Mémoire de recherche, Sherbrooke, Université de Sherbrooke.*
- EUROPEAN MONITORING CENTER FOR DRUGS AND DRUG ADDICTION. (2008). *Substance use among older adults: a neglected problem.* Drugs in Focus. Issue 18. Office for Official Publications of the European Communities, Lisbon.
- FARCNIK, K. et Persyko, M. (2005). The association between alcohol use and dementia in the elderly. *The Canadian Alzheimer Disease Review*, 8(1), p.13-17.
- FAVREAU, Louis et Lucie Fréchette. (1995). Pauvreté urbaine et exclusion sociales. Les nouvelles figures du travail social auprès des personnes et des communautés locales en difficultés. *Service social*, vol. 44, no 3, p.71-93.
- FAVROD J., AILLON N., NERFIN F., CHAMBRON O., Compétence : Un jeu pour entraîner les habiletés sociales, *Synapse*, 1995, 112, p.3-8.
- FCRSS/IRSC (n. d.). *Approches communautaires et inégalités de santé.* p.3 [En ligne] Page consultée le 17 juin 2008 de <http://www.cacis.umontreal.ca/cadredepartenariat.pdf>.
- FERNANDEZ, L et Cassagne-Pinel, C. (2001). Addiction aux benzodiazépines et symptomatologie anxieuse et dépressive chez les sujets âgés. *L'Encéphale*, 27 (5), p.459-474.
- FORGET, J. (1999). *Toxicomanie et réduction des méfaits.* Québec : Comité permanent de lutte à la toxicomanie.
- FORGET, J. (2000). *L'usage inapproprié de substances psychoactives chez les aînés : poser des gestes concrets dès maintenant.* Québec : Comité permanent de lutte à la toxicomanie.
- FREUDENBERGER, Herbert J. (1987). *L'épuisement professionnel : la brûlure interne.* Chicoutimi : Gaétan Morin éditeur.
- FRIDELL, M. et Nilson, M. (2004). *La comorbidité. Consommation de drogues et troubles psychiatriques. Un phénomène sous-estimé. Objectif Drogues.* Briefing de l'Observatoire des drogues et des toxicomanies. Récupéré le 17 juin 2008 de info@emccda.europa.eu.

- FURTOS, J. (2007). *Les effets cliniques de la souffrance psychique d'origine sociale. La souffrance sociale. Nouveau malaise dans la civilisation*. Fribourg : Academic Press.
- FURTOS, J. (2008). *Les cliniques de la précarité: contexte social, psychopathologie et dispositifs*. Issy les Moulineaux: Elsevier Masson.
- GARDES, François et Simon Langlois. (1995). Une nouvelle mesure pour analyser la pauvreté au Québec : l'indice synthétique de pauvreté-richesse. *Service social*, vol. 44, no 3, p.29-53.
- GAUTHIER, Madeleine. (1995). L'exclusion, une notion récurrente au Québec, mais peu utilisée ailleurs en Amérique du Nord. *Lien social et Politiques*, no 34, p.151-156.
- GAUTHIER, Madeleine, La précarité au Québec : un concept parmi d'autres pour parler des jeunes, *Sociologies*. Débats, La précarité. [En ligne] Page consultée le 5 octobre 2013 de <http://sociologies.revues.org/3443>.
- GEISMAR-WIEVORKA, S. (1998). *Les Toxicomanes*. Paris : Éditions du Seuil.
- GIDDENS, A. (1994). *Les conséquences de la modernité*. Dans Les Annales de la recherche urbaine, numéro thématique : Parcours et positions
- GILES, H. et JOHNSON, P.(1981). *The role of language in Ethnic Group Relations*, in J.C. Turner & H. Giles, *Intergroup Behaviour*, Oxford, UK Blackwell, p.199-243
- GFROERER, J., Penne, M., Pemberton, M. et Folsom, R. (2003). Substance Abuse Treatment Need Among Older Adults in 2020: *The Impact of Aging Baby-Boom Cohort Drug and Alcohol Dependence*, 69, 127- 135.
- GOFFINAN, I. (1963). *Stigmate. Les usages sociaux des handicaps*. Paris: Éditions de Minuit.
- GOSSOP, M. (2008). *Consommation de drogues chez les personnes âgées : un phénomène négligé*. Objectif Drogues. Briefing de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies. [En ligne] Page consultée de <http://www.emcdda.europa.eu>.
- GOSSOP, M., Moos, R. (2008). Substance Misuse Among Older Adults: A Neglected but Treatable Problem. *Addiction*, 103 (1), 347–348.
- GOVERNEMENT DU QUÉBEC (2001). *L'action communautaire : une contribution essentielle à l'exercice de la citoyenneté et au développement social du Québec*, Annexe 3, Québec : Secrétariat à l'action communautaire autonome du Québec.

- GOVERNEMENT DU QUÉBEC (2004a). *Cadre de référence en matière d'action communautaire*. Québec : Secrétariat à l'action communautaire autonome du Québec.
- GOVERNEMENT DU QUÉBEC (2004b) *Plan d'action gouvernemental en matière d'action communautaire*. [En ligne] Page consultée le 5 octobre 2013 de file:///C:/Users/Manon/Downloads/SACA_plan_action_gouv_act_communautaire.pdf.
- GOVERNEMENT DU QUÉBEC (2005). *Un défi de solidarité : les services aux aînés en perte d'autonomie, Plan d'action 2005-2010*, Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux., p.17.
- GRAHAM, K., Clarke, D., Bois, C., Carver, V., Dolinki, L., Smythe, C., Harrison, S., Marshman, J. & Brett, P.(1996). Addictive Behavior of Older Adults. *Addictive behaviors*, 21(3), p.331-348.
- GRAZIANI, P.(2010). La consommation excessive d'alcool chez la personne âgée. *Drogues, santé et société*, 9(2), p.49-74.
- GRINER-ABRAHAM, Véronique. (2011). In *Vino Vieillissimo : au temps du « plus jamais », dernier plaisir ou ultime tabou ? À propos des vieux addicts*, Psychotropes, 2011/2, Vol. 17, p.39-53.
- GROS-JEAN CH. PADIEU C. Les exclus, *Revue des Affaires sociales*, 1995, n°2-3, p.5-28
- GROULX, Lionel-Henri. (2003). La stratégie de lutte contre la pauvreté : comparaison France-Québec. *Nouvelles pratiques sociales*. Vol. 16, no 2, p.211-217.
- GRUPE D'EXPERTS SUR LA RESPONSABILITE ET LA SAINTE GESTION DANS LE SECTEUR BENEVOLE. (2003) (p 106 et 107)
- GUAY, J. (1992). *Thérapie brève et intervention de réseau : une approche intégrée*. Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.
- GUBERMAN, N. (2006). *Valeurs et normes de la solidarité familiale : statu quo, évolution, mutation ?* Montréal : Université du Québec à Montréal, 101 p.
- GUINDON, M. et Cappeliez, P.(2011). Attitudes et perception de contrôle des personnes âgées envers la prise de médicaments à action anxiolytique, sédatif et hypnotique (ASH). *La Revue canadienne du vieillissement*, 30 (1), p.113-126.

- HAN, B., Gfroerer, J.C., Colliver, J. D., & Penne, M. A. (2009). Substance Use Disorder Among Older Adults in the United-States. In 2020. *Addiction*, 104, 88-96.
- HANSMANN, H. (1980). The role of Non-profit Organization. *Yale Law Journal*, 1989 (5) (p.106)
- HANSMANN, H. (1987). Economic Theories of Non-profit Organizations. *The Non-profit Sector: Research Handbook*, p.27-42
- HATCH, Stephen (1980), *Outside the State: Voluntary Organisations in Three English Towns*, Croom Helm, London, 1980. 154 pp.
- HAYWOOD T. W., Kravitz, H. M., Grossman, L. S., Cavanaugh, J. L., Davis, J. M., Lewis, D. A. (1995). Predicting the "revolving door" phenomenon among patients with schizophrenic, schizoaffective, and affective disorders, *American Journal of Psychiatry*, 152 (6), p.856-861.
- HÉRARD, J. (2009). *L'analyse du parcours de quatre hommes itinérants à Montréal. L'auto-exclusion comme modalité de survie*. Mémoire présenté comme exigence partielle de la maîtrise en Travail social sous la direction de L. Dumais. Montréal : Université du Québec à Montréal.
- HERPIN, Nicolas et Daniel Verger. (1998). La pauvreté une et multiple. *Économie et statistique*, no. 308-310, p.3-22.
- HIRSHHORN, R. (1997). *The Emerging Sector, in search of a Framework*, Étude des RCRPP – CPRN/01, Ottawa.
- HOFFMAN, A. (2005). Burnout : biographie d'un concept. *Santé conjugulée*. No 32, p.37-38. [En ligne] Page consultée le 10 juin 2008 de http://www.maisonmedicale.org/IMG/pdf/SC32_ah_I.pdf.
- HORTON SMITH, David (2000), *Grassroots Associations*, Sage Publications inc. p 110
- INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ (2011). *Hospitalisations liées aux réactions indésirables aux médicaments chez les personnes âgées, de 2006 à 2011*. [En ligne] Page consultée le 23 mars 2013 de https://secure.cihi.ca/free_products/Hospitalizations%20for%20ADR-FRweb.pdf.
- INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (ISQ). (2011). *Portrait de la population de 65 ans et plus, Agglomération de Montréal*, Municipalités des aînés, consulté le 17 avril 2015

de

http://ville.montreal.qc.ca/pls/portal/docs/page/mtl_stats_fr/media/documents/profil_65_agglomeration.pdf

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (ISQ), (2013), *Bulletin statistique régional, Montréal*, consulté le 12 février 2015 de

<https://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/profils/bulletins/2013/06-Montreal.pdf>

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. Bel, S., Bouchard, M., Paquin, I., et Savard, P.(2009). *Programme de formation : Traitement de substitution pour les personnes dépendantes des opiacés. Volet psychosocial*. Recueil de textes [matériel de formation]. Québec : INSPQ.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. Direction du développement des individus et des communautés. Gagnon, H, Ph D., Rochefort. L, Md, MSC (2010). *L'usage de substances psychoactives chez les jeunes Québécois. Conséquences et facteurs associés*. Québec : INSPQ.

JANY-CATRICE, Florence. (2009). Les mesures de la pauvreté : enjeux et controverses. Dans Arnaud Berthoud, Benoît Lengaigne et Patrick Mardellat, *Figures et énigme de la pauvreté*. Coll. Sciences sociales. Paris : Presses universitaires du Septentrion, p.27-56.

JARAYAMAN, K. (1999). *Manuel de la statistique pour la recherche forestière*. Archives de documents de la FAO. [En ligne] Page consultée le 17 juin 2008 de <http://www.fao.org/DOCREP/003/X6831F/X6831f14.htm>

JERELL J. M. (1996). Cost-effective treatment for persons with dual disorders. *New Directions for Mental Health Services*, (70), p.79-81.

KAESTNER, Robert. (1999). Does Drug Use Cause Poverty? In Frank J, Chaloupka and coll., *The Economic Analysis of Substance Use and Abuse: An Interrogation of Econometrics and Behavioral Economic Research*. Chicago: University of Chicago Press, p.327-355.

- KARASEK R, Brisson C, Kawakami, N. et coll. (1998). *The Job Content Questionnaire (JCQ): an instrument for internationally comparative assessment of psychosocial job characteristics*. *Journal of Occupational Health Psychology*, 3(4), p.322-355.
- KARVONEN, K., Räsänen, P., Hakko, H., Timonen, M., Meyer-Rochow, V.B., Särkioja, T. & Koponen, H.J. (2008). Suicide After Hospitalization in the Elderly: A Population Based Study of Suicides in Northern Finland Between 1988-2003. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 23 (2), p.135-141.
- KAUFFINAN, J.C. (2007). *L'enquête et ses méthodes : l'entretien compréhensif*. De Singly, F. (dir). Paris : Édition Armand Colin.
- KERNEC'H-BERTHELOT, L. (1991). *Rapport de stage professionnel sur l'intervention en réseaux auprès des personnes âgées*. Montréal : Université de Montréal.
- L'ECUYER, R. (1987). L'analyse de contenu : notions et étapes. Dans J. P.Deslauriers (Éd). *Les méthodes de la recherche qualitative*, Montréal : Presses de l'Université de Québec, p.35-51.
- LABERGE, D., Roy et S. (1994). Présentation. Marginalité et exclusions sociales : des lieux et des formes. *Cahiers de recherche en Sociologie*, 22, p.5-9.
- LABROSSE, S. (2001). *Nature du changement thérapeutique et toxicomanie : Approches éclectiques et art thérapeutiques*. Mémoire de maîtrise. Montréal : Université Concordia.
- LAFLAMME, M. (1976). *Dix approches pour humaniser et développer les organismes communautaires*. Chicoutimi, Gaétan Morin et Associés, p.113, qui cite et traduit P.R. Laurence et J.W. Lorch, "Developping Organisme communautaire: diagnosis and actions", Mass., Addison-Wesley Pub. Co., Rading, 1969, p.3.
- LAFORCE, R. J. & Tracy, S. (1998). Réflexion psychodynamique : à propos d'une structure de personnalité toxicomaniaque spécifique à l'alcool et aux drogues dures. *Santé mentale au Québec*, 23 (1), p.214-234.
- LAGACÉ, M. (dir.). (2010). *L'âgisme : comprendre et changer le regard social sur le vieillissement*. Québec : Les Presses de l'Université Laval, 278 p.
- LALIVE D'EPINAY, Christian, Jean-François Bickel, Stefano Cavalli, Dario Spini. (2005). Le parcours de vie : émergence d'un paradigme interdisciplinaire, dans Jean-François

- Guillaume (dir.), *Le parcours de vie. Regards croisés sur la construction des biographies contemporaines*. Liège : les Éditions de l'université de Liège, p.187-209.
- LAMARQUE, Gilles. (1998). *L'exclusion*. Coll. Que sais-je. Paris : Presses universitaires de France.
- LAMOUREUX, H. (1994). *Intervention communautaire : des pratiques en quête de sens*. Journal nouvelles pratiques sociales, Dossier L'arrimage entre le communautaire et le secteur communautaire, Volume 7, Issue 1, printemps 1994, p.33-43
- LAMOUREUX, J. (2001). Marges et citoyenneté. *Sociologie et sociétés*, 33(2), p.29-47.
- LAMOUREUX Henri, Lavoie J., Mayer R., Panet-Raymond J. (2002). *La Pratique de l'action communautaire*, Sainte-Foy : Presse de l'Université du Québec, p.42.
- LANDREVILLE, M.E. (n.d.). *Milieu communautaire : carrière ou vocation*. [En ligne] Page consultée le 10 juin 2008 de <http://www.alpabem.qc.ca/voir.php?id=175>.
- LARIVIÈRE, C. (n.d.). *Les enjeux actuels de la formation pour la pratique*. [En ligne] Page consultée le 17 juin 2008 de www.aforts.com/colloques_ouvrages/colloques/actes/interventions/lariviere_claude.doc.
- LAROSE, Gérald (2000). *Proposition de Politique de soutien et de reconnaissance de l'action communautaire : le milieu communautaire : un acteur essentiel au développement du Québec*. [En ligne] de <http://www.mess.gouc.qc.ca/saca/action-communautaire/politique-reconnaissance-soutien.asp>.
- LAUZON, P.(2000). Formation continue. La méthadone. Comment et pourquoi. *Le Médecin du Québec*, 35(5), p.67-73.
- LAVOIE, J et Panet-Raymond, J. (2011). *La pratique de l'action communautaire*. 3^e édition, Québec : Presses de l'Université du Québec.
- LE BRETON, D. (1996). *Passion du risque*. Paris : Éditions Métailié.
- LE CAPITAINE, J-Y. (2013). L'inclusion n'est pas un plus d'intégration : l'exemple des jeunes sourds. *EPAM*, 89, p.125-131.
- LE REST, Pascal. (2001). *Drogue et société*. Paris : Éditions L'Harmattan.

- LECAVALIER, M. et Denis, I. (2006). *Service de formation et de consultation clinique : une porte ouverte sur le partenariat*. Montréal : Centre Dollar Cormier.
- LECLERC, B-S. (2010). *Facteurs de risque de chutes chez les aînés vivant dans la communauté et ayant recours aux services de soutien à domicile : covariables dépendantes du temps et événements récurrents*. Thèse de doctorat en Santé publique, Montréal : Université de Montréal.
- LECOUTOUR, X., Zarifian E. (n. d.). *Protocole de recherche, plan type*. [En ligne] Page consultée le 17 juin 2008 de <http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/recherche/Rapports/PlanTypeRech.html>.
- LEDUC-BROWNE, P.(1996). *Charities Not Efficient of Fair Way to Provide Services*, The Ottawa Citizen, A13
- LEMAY, Violaine. (2011). La propension à se soucier de l'autre : Promouvoir l'interdisciplinarité comme identité savante nouvelle, complémentaire et utile. Dans *Un miroir des disciplines*, sous la dir. De Frédéric Darbellay & Theres Paulsen, Peter Lang, Éditions scientifiques internationales.
- LES PUBLICATIONS DU QUÉBEC. *Charte des droits et libertés de la personne*. [En ligne]. Page consultée le 8 mai 2013 de http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/C_12/C12.HTM.
- LEVASSEUR, E. (2005). *L'entretien motivationnel pour préparer le changement*. Mémoire présenté pour l'obtention du diplôme universitaire d'alcoologie. Université de CAEN Basse-Normandie, faculté de Médecine.
- LLOYD, Gwynedd, Stead John. (2005), *Critical New Perspectives on ADHD*, Edited by Gwynedd Lloyd, Stead John, Cohen David
- LOISY, Christian. (2000). Pauvreté, précarité, exclusions. Définitions et concepts. Dans Christian Loisy, E. Crenner, O. Marchand, G. Canceill, A. Gubian et P.Noblet, *Cahier 1. Pauvreté, précarité et exclusion : état des lieux*. Les travaux de l'ONPES, p.23-50.
- LOUART, Pierre. (200)2. *Maslow, Herzberg et les théories du contenu motivationnel*. [En ligne] Page consultée le 15 décembre 2013 de http://www.stephanehaefliger.com/campus/biblio/003/Maslow_et_Herzberg/mehelhtm.pdf.

- LOUREL, M., Gueguen, N. (2007). Une méta-analyse de la mesure du burnout à l'aide de l'instrument MBI. *L'Encéphale*. 2007-33. 947-953. [En ligne] Page consultée le 10 juin 2008 de <http://nicolas.gueguen.free.fr/Articles/Encephale2007.pdf>.
- L'OR DES FEMMES. (2012). *L'itinérance des femmes en progression*. [En ligne] Page consultée le 15 décembre 2013 de http://www.rcentres.qc.ca/public/20_12/06/itinérance-des-femmesenprogression.html.
- LOHMAN, R.A. (1992). *Jossey Bass Non-profit & Public Management Series; Non-profit Sector Series*, The Jossie-Bass non-profit sector series, Université de Californie, p.230
- LUYET, A, GIROUX, E. et CLERC. D. (1999). La clinique externe : comment peut-elle prétendre aux rôles de porte d'entrée et de plaque tournante ? *Santé mentale au Québec*, XXIV, 2, p.143-158.
- MAILLÉ, Chantal. (2000). *Féminisme et mouvement des femmes au Québec, un bilan complexe*, Globe, revue internationale d'études québécoises, vol. 3, no 2, p.89-90.
- MAKELAND, D., Ryan, R. M., Tobin, V. J. & Rollnick, S. (2005). Motivational interviewing and self-determination theory. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 24 (6), p.811-831.
- MALHAMÉ, Y. (2010). *Conflits intergénérationnels au sein de famille immigrantes: l'expérience d'une approche de médiation familiale et interculturelle dans le contexte de protection de la jeunesse*. Mémoire présenté comme exigence partielle de la maîtrise en Service social sous la direction de M. A Poirrier. Montréal : Université de Montréal.
- MANGEN, M.H. (2007). *Étude du burnout chez les médecins généralistes Luxembourgeois*. Thèse de doctorat non publiée. Paris : Université Pierre et Marie Curie.
- MANI, C. (2004). Influence du travail de réduction des risques sur une éventuelle chronicisation des usagers de drogues. *Actes du Forum Addictions, 7, Chronicisation et vieillissement des personnes toxicodépendantes*. Genève: Hôpitaux Universitaires de Genève, 26 novembre 2006.
- MARLATT G. A., Taxonomy of High Risks Situations for Alcohol Relapse: Evolution and Development of a Cognitivo-Behavioral Model, *Addiction*, 1996, 91 (Supplement), S43-S49.

- MARQUETTE, C., Guillou-Landreat, M., Grall Bronnec, M., Vermeulen, O. et Vernisse, J. L. (2010). Sujets âgés et substances psychoactives : État des connaissances. *Psychotropes*, 16 (3), p.161-178.
- MARTIN-ROY, S. (2008). *Les conditions de travail dans les entreprises d'économie sociale*. Thèse de maîtrise non publiée. Québec : Université Laval. [En ligne] Page consultée le 17 juin 2008 de www.socialeconomy.info/files/u20/Sarah-Martin_Roy.ppt.
- MARTUCELLI, D. (2006). La souffrance et le modèle de l'individu psychologique. Dans Soulet, M.H. (dir.). *La souffrance sociale. Nouveau malaise dans la civilisation*. Fribourg: Academic Press Fribourg.
- MARTUCELLI, D. et de Singly, F. (2009). *Sociologies contemporaines. Les sociologies de l'individu*. Paris : Armand Colin.
- MASLACH, Christina et S. E. Jackson. (1986). *Maslach Burnout Inventory Manual*. Second Edition, Palo Alto: Consulting Psychologists Press,
- MASLACH, Christina et Michael P.Leiter. (2011). *Burnout. Le syndrome d'épuisement professionnel*. Paris : Éditions des Arènes.
- MASLACH, C., Jackson, S.E., (1996). *Maslach Burnout Inventory Manual (MBI)*. Consulting Psychologists Pr.
- MATHURIN C. et al. (2002). *L'interdisciplinarité et la recherche sociale appliquée : réflexions sur des expériences en cours*. Université de Montréal. Pages consultés le 22 avril 2019 de <http://www.etudes-sup.fas.umontreal.ca/sha/documents/interdisciplinarite.pdf>
- MATTAINI, M. A., et Meyer, C. H. (2002). *The Ecosystems Perspective: Implications for Practice*. In M. A. Mattaini & C. T. Lowery (Eds.), *The foundations of social work practice: A graduate text*. [En ligne] Page consultée le 28 décembre 2012 de <http://home.earthlink.net/~mattaini/Ecosystems.html>
- MAYER, R. (2002). *Évolution des pratiques en service social*. Gaétan Morin, 489 p.
- MAYER, ROBERT ET OUELLET, FRANCINE. (1991). *Méthodologie de recherche pour les intervenants sociaux*. Québec : Gaétan Morin, 537 p.

- McDOUGALL, J. (2004). *L'économie psychique de l'addiction*. Dans *Revue Française des psychanalyse* 2004/2 Vol.68 p.511 à 527
- MCLELLAN H. T., Luborsky, Brien L. O. (1980). An improved diagnosis instrument for substance abuse patients: The Addiction Severity Index, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 171, p.597-605.
- MERCIER C., BEAUCAGE B. (1997). *Toxicomanie et problèmes sévères de santé mentale : recension des écrits et état de la situation pour le Québec*, Comité permanent de lutte à la toxicomanie, Québec : Bibliothèque Nationale du Québec, p.63.
- MERCIER, Lucie. (1995). La pauvreté : phénomène complexe et multidimensionnel. *Service Social*, vol. 44, no 3, p.7-27.
- MESURE, Sylvie, SAVIDAN, Patrick (2006). Rubrique « vieillissement ». *Le Dictionnaire des sciences humaines*, Paris, P.U.F., p. 1217.
- MESSU, Michel. (1997). L'exclusion : une catégorisation sans objet, *Genèses*, 27, p.147-161.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. (1997). *Orientations pour la transformation des services de santé mentale*, Québec : Bibliothèque Nationale du Québec, 51 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. (2003). *Chez soi : le premier choix. La politique de soutien à domicile*. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux, 43 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. Lachance, B., Pageau, M. et Roy. S. (2006a). *Investir pour l'avenir. Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012*. Québec.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. (2006b). *Unis dans l'action. Plan d'action interministériel en toxicomanie 2006-2011*. Gouvernement du Québec, 80 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. (2007a). *Enquête par sondage auprès des organismes communautaires financés par le gouvernement du Québec*, Direction de l'évaluation, Mai.

- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. Paquette, M.C., Doré, G. (2007b). *Unis dans l'action. Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience*. Programmes – Services Dépendances. Offre de service 2007-2012. Faulkner, R. (dir.). Québec : Gouvernement du Québec.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. (n. d.). *Statistiques : découpage territorial*. [En ligne] Page consultée le 10 juin 2008 de http://www.msss.gouv.qc.ca/statistiques/stats_sss/index.php?decoupage_territorial.
- MINKOFF K. (1991). Program Components of a Comprehensive Integrates Care System for Serious Mentally Ill Patients with Substance Abuse, *New Directions for Mental Health Services*, 50, p.13-27.
- MONNET, Éric. (2007). La théorie des « capacités » d'Amartya Sen face au problème du relativisme. *Tracés. Revue de sciences humaines*, 12/2007, p.103-120.
- MORICONI, P-A. (2012). *La consommation d'alcool chez les Canadiens âgés de 55 ans et plus : étude des différences sur 10 ans et de l'association avec la perception de la santé*. Thèse de doctorat en psychologie. Montréal : Université de Montréal.
- MORIN, Edgar. (1994). Sur l'interdisciplinarité. *Bulletin interactif du Centre international de recherches et études transdisciplinaires*, no 2, juin, p.1-3. cirt-transdisciplinarity.org/bulletin/b2c2.php
- MORISSETTE R., ZHANG, X., DROLET, M. (2002). *L'évolution de l'inégalité de la richesse au Canada, 1984-1999*. Statistique Canada, Division de l'analyse des entreprises et du marché du travail.
- MUESER K. T., NOORDSY D. L., Group treatment for dually diagnosis clients, *New Directions for Mental Health Services*, 1996, 70, p.33-51.
- MULLINS, L.L., Keller, J.R. et Chaney, J. M. (1994). A System and Social Cognitive Approach to Team Functioning in Physical Rehabilitation Settings. In *Rehabilitation psychology*, 39, 3, p.161-178.
- MUNROE, Viviane et Nicole Brunette. (2001). L'épuisement professionnel (burn-out) : un problème réel. *Reflet : revue d'intervention sociale et communautaire*. Ottawa.

- NADEAU, L. (2001). Lorsque le tout est plus grand que la somme de ses parties: la cooccurrence de la toxicomanie et autres troubles mentaux. *Santé mentale au Québec*, 26(2), p.7-21.
- NAEGLE M. A., Understanding Women with Dual Diagnoses, *JOGNN*, 1997, 26 (5), p.567-575.
- NAMIAN, D. (2013). La politique de la représentation des problèmes sociaux : de l'ironie du transfert. Dans M. Otero et S. Roy (dir.), *Qu'est-ce qu'un problème social aujourd'hui. Repenser la non-conformité*. Québec : Presse de l'Université du Québec.
- NDIAYE, L.D. et St-Onge, M. (2012). L'écosystémique relationnel : un paradigme à reconstruire dans le champ de la santé mentale de l'enfant. Des passeurs de sens et des passeurs de champs. *Nouvelles perspectives en sciences sociales : revue internationale de systémique complexe et d'études relationnelles*, 7(2), p.207-240.
- NESSTAR, (2003). *Enquête Nationale auprès des organismes à but non lucratif et des organismes bénévoles*, Publié par le Réseau Canadien pour les institutions membres de l'IDD
- NIAZI, Mohammad Raza Ullah Khan, Khalid Zaman, Waseem Ikram. (2009). Is Poverty to Be Blamed for Narcotic Abuse? A Case Study of Pakistan. *International Journal of Basic & Applied Sciences IJBAS*, Vol. 9, no 10, p 147-153.
- NISSANI, M. (1995). *Fruits, salads and smoothies; a working definition of interdisciplinarity*. Journal of Educational Thought 26:2 consulté le 5 mai 2014 de <http://www.is.wayne.edu/mnissani/pagepub/smoothie.htm>
- NOUR, K., Dallaire, B., Regenstreif, A., Hébert, M. et Moscovitz, N. (2010). Santé mentale et vieillissement. Problèmes, répercussions et services. Dans M., Charpentier, N., Guberman, N., Billette, J.P., Lavoie, A., Grenier et I. Olazabal (dir.), *Vieillir au pluriel*. Perspectives sociales. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- OBSERVATOIRE EUROPÉEN DES DROGUES ET DES TOXICOMANIES (2004). *Rapport annuel 2004. État du phénomène de la drogue dans l'union européenne et en Norvège*. Luxembourg : Offices des publications officielles des Communautés européennes et en Norvège. [En ligne] Page consultée de <http://ar2004.emcdda.europa.eu/fr/home-fr.html>.
- OFFICE QUÉBÉCOIS DE LA LANGUE FRANÇAISE. (2002). *Grand dictionnaire terminologique*. [En ligne] Page consultée le 10 juin 2008 de <http://www.oqlf.gouv.qc.ca/ressources/gdt.html>.

ONEN, S.H. (2008). Problèmes d'alcool chez les personnes âgées. *Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie*, 8 (45), p.9-14.

ORDRE PROFESSIONNEL DES TRAVAILLEURS SOCIAUX DU QUÉBEC. (1996). *De la multidisciplinarité à l'interdisciplinarité : guide à l'intention des travailleurs sociaux exerçant dans les établissements du réseau de la santé et des services sociaux*. Montréal : Ordre des travailleurs sociaux du Québec.

ORDRE PROFESSIONNEL DES TRAVAILLEURS SOCIAUX ET DES THÉRAPEUTES CONJUGAUX ET FAMILIAUX DU QUÉBEC. *Code de déontologie de l'—*. [En ligne]. Page consultée le 9 mai 2013 de :

http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=3&file=/C_26/C26R286.HTM

O'REILLY, Louise, Marie-Christine Taillefer et Patricia Hudson. (2006). La recherche interdisciplinaire en santé. Retour sur l'expérience de l'Institut d'été en recherche interdisciplinaire en santé 2003. *Canadian Journal of Public Health*.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Mythe no 4 : Les personnes âgées sont fragiles*. [En ligne] Page consultée le 8 mai 2013 de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/66331/1/WHO_HSC_AHE_99.1_fre.pdf.

ORGANISME CACTUS MONTRÉAL. *Mission et historique de l'organisme*. [En ligne] Page consultée le 15 juin 2013 de <http://cactusmontreal.org/a-propos/mission-et-historique/>.

ORGANISME DOPAMINE. *Mission de l'organisme*. [En ligne] Page consultée le 15 juin 2013 de <http://www.dopamine.ca/qui-sommes-nous-/mission>.

ORGANISME MÉTA D'ÂME. *Rapport annuel d'activités*. [En ligne] Page consultée le 15 juin 2013 de <http://metadame.org/wp-content/uploads/2013/05/RAPPORT-ACTIVITESANNUEL-2013.pdf>

ORGANISME SPECTRE DE RUE. *Mission de l'organisme*. [En ligne] Page consultée le 15 juin 2013 de <http://spectrederue.org>.

OTERO, M. et Roy, S. (2013). *Introduction. Qu'est-ce qu'un problème social aujourd'hui : repenser la non-conformité*. Québec : Presses de l'Université du Québec.

- PAILLÉ, P. et Mucchielli, A. (2008). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris : Armand Colin.
- PAQUET, Bernard. (1996). L'exclusion comme mode de différenciation dans la société postmoderne. *Aspects sociologiques*, vol. 4, nos 1-2, p.44-49.
- PAQUIN, I. et Vaillancourt, C. (2010). *Bilan sommaire des Services réguliers et de Relais Méthadone*. Centre de recherche et d'aide aux narcomanes.
- PARAZELLI, Michel. (1994). *Des enjeux politiques autour de la définition du communautaire*, Bibliothèque virtuelle du Patrimoine documentaire communautaire canadien francophone, ROCAJQ.
- PARAZELLI, Michel. (2001). *Dissonances politiques de la reconnaissance de l'action communautaire*. Montréal : École de travail social de l'Université du Québec à Montréal.
- PAUGAM, Serge. (1998). Les formes contemporaines de la pauvreté et de l'exclusion. Le point de vue sociologique. *Genèses*, 31, p.138-159.
- PAUGAM, Serge. (2005). *Les formes élémentaires de la pauvreté*. Coll. Le lien social. Paris : Les presses universitaires de France.
- PAUZÉ, R. (2012). Présentation du modèle écologique. *Cours en ligne, Université de Sherbrooke*. [En ligne] Page consultée le 15 juin 2013 de <http://www.cerfasy.ch/cours-en-ligne/mod%C3%A8le-bio-m%C3%A9dical-et-mod%C3%A8le-bio-psycho-social/la-ph%C3%A9nom%C3%A9nologie-son-int%C3%A9r%C3%AAt-dans-une-conception-syst%C3%A9mique-de-lhomme-malade/la-relation-m%C3%A9decin-patient-des-conditions-de-base-%C3%A0-la-conduite-d'entretien/pr%C3%A9sentation-du-mod%C3%A8le-%C3%A9cologique>
- PEELE, Stanton. (1982). *L'expérience de l'assuétude*. Montréal : Université de Montréal, Faculté de l'éducation permanente.
- PÉLISSIER-SIMARS, L. (1994); *Le patient Toxicomane*, Le médecin du Québec. Juin 1994
- PELLETIER, C. (2009). Réseau social comme gage de promotion d'une parentalité adéquate. *ACFAS – Sudbury : 16e journée des Sciences et Savoirs / Un. Laurentienne, Sudbury*. [En

- PELLETIER, L. (2012). *Repenser la notion de l'engagement du MCRO-E par une étude des théories de la motivation*. Essai présenté pour l'obtention du grade de maîtrise. Trois-Rivières : Université du Québec à Trois-Rivières.
- PÉRODEAU, G., Grenon, É., Savoie-Zajc, L., Forget, H., Green-Demers, I. et Suissa, A. J. (2008). Attitudes envers les benzodiazépines et intentions de sevrage des personnes âgées de 50 ans et plus. *Drogues, santé et société*, 7 (1), p.391-437.
- PERREAULT, M., Schneeberger, P., Hamel-Jutras, N. et Héroux, M.C. (2004). Point de vue d'une procédure d'évaluation clinique basée sur l'indice de gravité d'une toxicomanie. *Drogues, Santé et Société*, 3(1), p.5-19.
- PERREAULT, M. (2008). Une vulnérabilité qui rend vulnérable au VIH/SIDA. Dans V. Châtel et S. Roy (dir.), *Penser la vulnérabilité. Visage de la fragilisation du social*. Québec : Presses de l'université du Québec.
- PERRON, Nadine. (2005). Réseaux intégrés de services en santé mentale et enjeux des pratiques. *Nouvelles Pratiques sociales*, Automne, Vol. 18, no 1.
- PIERUCCI-LAGHA A, DEROUESNÉ C. (2003). Alcool et vieillissement. 2. Démence alcoolique ou déficit cognitif alcoolique. *Psychol NeuroPsychiatr Vieil*, 1 : 237-250.
- PIRLOT, G. (2013). *Psychoanalyse des Addictions*. Éditeur Armand Collin. 256p.
- PLAMONDON, D., Tremblay, C. (2002). *La prévention du burnout auprès des futurs travailleurs sociaux : un nouveau défi pour la formation*. [En ligne] Page consultée le 27 avril 2008 de www.aforts.com/colloques_ouvrages/colloques/actes/interventions/plamondon_denis.doc.
- POLLACK L. E., STUEBBEN G., SOBHAN T. (1998). Dually Diagnosed Inpatient's Satisfaction with Addiction Groups, *Journal of Psychosocial Nursing*, 35 (7), p.18-23.
- POUPART, J. (2011). Tradition de Chicago et interactionnisme : des méthodes qualitatives à la sociologie de la déviance. *Recherches qualitatives*, 30(1), p.178-199.

- PRÉVILLE, M., Ducharme, C., Fortin, D., Hébert, R., Grégoire, J. P., Bérard, A., et Allard, J. (2003). Utilisation des anxiolytiques, sédatifs, et hypnotiques chez les personnes âgées vivant dans la communauté: construction d'un cadre conceptuel. *Santé mentale au Québec*, 28: (2), p.165-182.
- QUEVILLON, F. et Bédard, M-A. (2003). Benzodiazépines : conséquences sur le fonctionnement mnésique des personnes âgées. *Santé mentale au Québec*, 28 (2), p.23-41.
- QUIRION, B. (2002). Réduction des méfaits et gestion des risques: les frontières normatives entre les différents registres de régulation de la pratique psychotrope. *Déviance et société*, 26 (4), p.479-495.
- QUIVY, R. et Van Campenhoudt, L. (2006). *Manuel de recherche en sciences sociales*. Paris : Dunod.
- RACINE, Sonia. (2007). Un tour d'horizon de l'exclusion. *Service social*, vol. 53, no 1, p.91-108.
- RAVON, B. (2007). Vers une clinique du social? Dans M.H. Soulet (dir.), *La souffrance sociale, Nouveau malaise dans la civilisation*. Fribourg: Academic Press Fribourg.
- REED, Paul B., Howe Valerie J., (1999). *Définition et classification du secteur sans but lucratif*, Ottawa : Statistiques Canada, p.49.
- RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC (2001). *Portrait quotidien de la consommation médicamenteuse des personnes âgées non hébergées*. Québec: Bibliothèque nationale du Québec.
- REKART, Josephine (1988). *Voluntary Sector Social Services in the 1980's: a preliminary of the Impacts od Economic Changes and Shifts in Government Policies of Non-Profit Agencies Providing Family and Children's Services in British Columbia*. Vancouver, Social Planning and Council of British Columbia. p 108
- RENAUD, J.D. (1997). *Les règles du jeu*, Paris : Armand Colin.
- RÉSEAU DE SERVICES EN DÉFICIENCE INTELLECTUELLE. (2000). *L'interdisciplinarité*. Guide de référence. Outaouais : RSDI.

- RESSOURCES HUMAINES ET DÉVELOPPEMENT SOCIAL CANADA. (n. d.). *Travailleurs/travailleuses des services communautaires et sociaux*. [En ligne] Page consultée le 27 avril 2008 de <http://www23.hrdc-drhc.gc.ca/92/f/groups/4212.shtml>.
- RESSOURCES HUMAINES ET DÉVELOPPEMENT SOCIAL CANADA. (n.d.). *Travailleurs sociaux/travailleuses sociales*. [En ligne] Page consultée le 27 avril 2008 de <http://www23.hrdc-drhc.gc.ca/92/f/groups/4152.shtml>.
- RIDGELY M. S., LAMBERT D., GOODMAN A., CHICHESTER C. S., RALPH R., Substance Use Disorder, *Psychiatric Services*, 1998, 49 (2), p.236-238.
- ROBERTS, G. et Ogborne, A. (1999). *Meilleures pratiques – Alcoolisme et toxicomanie : Traitement et réadaptation*. Santé Canada. [En ligne] Page consultée le 25 janvier 2013 de <http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/alcool-autresdrogues>.
- ROE B., BEYNON C., PICKERING L AND DUFFY P.(2010). Experiences of drug use and ageing health, quality of life, relationship and service implications, *Journal of advanced Nursing*, **66**(9), 1968-1979.
- ROUSSEAU S. (2001) : « Capabilités, risques et vulnérabilités », in Pauvreté et développement socialement durable, Dubois J-J., Lachaud J-P, Montaud J-M., Pouille A. (eds), PUB, Bordeaux, pp. 11-22.
- ROY, É., Morissette, C., Haley, N., Gutiérrez, N. ; Rousseau, L. et Denis, V. (2006). Pourquoi commencer? L'initiation à l'injection de drogues selon les jeunes de la rue. *Drogues, santé et société*. 5(1), p.45-75.
- ROY, S. (2008). De l'exclusion à la vulnérabilité. Continuité et rupture. Dans V. Châtel et S. Roy (dir.), *Penser la vulnérabilité. Visage de la fragilisation du social*. Québec : Presses de l'université du Québec.
- ROY, S. et Hurtubise, R. (2013). L'étude des problèmes sociaux. Entre stagnation et renouvellement. Dans M. Otero et S. Roy (dir.), *Qu'est-ce qu'un problème social aujourd'hui. Repenser la non-conformité*. Québec. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- ROY, S. et Soulet, M.H. (2001). Présentation. *Sociologie et sociétés*, 33(2).

- ROY, S (dir.). (1995). L'itinérance : forme exemplaire d'exclusion sociale? *Lien social et Politiques*, 34, p.73-80.
- SACKS S., SACKS J., DELEON G., BERNHARDT A. I., STAINES G. L. (1997). Modified therapeutic community for mentally ill chemical "Abusers": Background; influences; Program description; Preliminary findings. *Substance Use et Misuse*, 32 (9), 1217-1259.
- SALAMON, L.M., Anheier, H.K. (1994). *The Emerging Sector: an Overview*. Baltimore: The John Hopkins University Institute for Policy Studies.
- SAMHSA (Substance Abuse and Mental Health Services Administration). (1999). *Brief Interventions and Brief Therapies for Substance Abuse*. [En ligne] Page consultée le 16 mars 2013 de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK64947/pdf/TOC.pdf>.
- SAMHSA (Substance Abuse and Mental Health Services Administration). Center for Behavioral Health Statistics and Quality. (September 1, 2011). *The NSDUH Report: Illicit Drug Use among Older Adults*. Rockville, MD.
- SANICOLA, L. (1996). La contribution de l'intervention de réseau à la prévention. *Nouvelles pratiques sociales*, 9 (2), p.49-64.
- .SANTÉ CANADA (2002a). *Meilleures pratiques : Traitement et réadaptation des personnes âgées ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues*. Ottawa. [En ligne]. Page consultée le 27 avril 2008 de <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/preoccupations-liees-sante/rapports-publications/alcool-prevention-drogues/meilleures-pratiques-traitement-readaptation-personnes-aines-problemes-attribuables-consommation-alcool-autres-drogues.html>.
- SANTÉ CANADA. (2002b). *Traitement d'entretien à la méthadone*. Ottawa : Publication Santé Canada Pré Tuney.
- SANTÉ CANADA (2004). *Enquête sur les toxicomanies au Canada (ETC.)* [En ligne]. Page consultée le 27 avril 2008 de <http://www.ccsa.ca/2004%20CCSA%20Documents/ccsa-004805-2004.pdf>
- SANTÉ CANADA (2011). *Enquête de surveillance canadienne de consommation d'alcool et de drogues (ESCCAD)* [En ligne]. Page consultée le 5 octobre 2013 de http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/drugs-drogues/stat/_2011/summary-sommaire-fra.php

- SCHECTER, Stephen et Bernard Paquet. (2000). Inclusion et exclusion à l'aune de la sociologie luhmannienne : l'exemple de la pauvreté au Canada. *Sociologie et sociétés*, vol. 32, no 2, p.212-233.
- SECRÉTARIAT À L'ACTION COMMUNAUTAIRE AUTONOME DU QUÉBEC. (2006). *Présentation*. [En ligne] Page consultée le 5 octobre 2013 de <http://mess.gouv.qc.ca/saca/informations-generales/presentation.asp>
- SELIGMAN, M. (1975). *Learned Helplessness and Depression in Animals and Men*. [En ligne] Page consultée le 5 octobre 2013 de query.nytimes.com/gst/fullpage.html?res=950DE2DF1238F931A35755C0A967948260&sec=health&spon=&p... - 37k -
- SEN, Amartya. (2000). *Repenser l'inégalité*. Coll. Points Économie. Paris : Éditions du Seuil.
- SERVICE CANADA. (n. d.). *Services sociaux – coup d'œil*. [En ligne] Page consultée le 27 avril 2008 de <http://www.jobfutures.ca/dde/T891.shtml>
- SHAW, April, James Egan and Morag Gillespie. (2007). *Drugs and Poverty: a Literature Review*. Scotland: Scottish Drugs Forum.
- SHENCKERY, S. (2006). *La toxicomanie: une clinique de la mouvance*. Dans Chabert, C. (dir) Actes et dépendances. Paris : Dunod.
- SHER, L. (2004). Depression and alcoholism. *International journal of medicine*, 97(4), p.237-240.
- SIEGAL H. A., Rapp, R. L., Kelliner, C. W., Fisher, J. H., Wagner, J. H., Cole, P.A. (1995). The Strengths Perspective of Case Management: A Promising Inpatient Substance Abuse Treatment Enhancement, *Journal of Psychoactive Drugs*, 27 (1), p.67-72.
- SIMMEL, Georg. (2005). *Les pauvres*. Coll. Quadrige. Paris : Presses universitaires de France.
- SKINNER H. A. (1982). The drug abuse screening test, *Addictive Behaviors*, 7, p.363-371.
- SMITH, Larry W., (1992), Canada's Charitable Economy, Canadian Foundation for Economic Education.
- SNCHEEBERGER, P.(1999). *Portrait émergent des consommateurs d'héroïne au Québec*. Montréal : Comité permanent de lutte à la toxicomanie.

- SNOW P.(1997). Dual Diagnosis: A Community-based Program, *Intervention*, 105, p.41-48.
- SOULET, M.H. et Roy. S. (2001). Présentation. *Sociologie et Sociétés*, 33(2), p.3-11.
- STATISTIQUE CANADA. (1999). *Déclassification du secteur sans but lucratif*. Statistique Canada, Comité consultatif de la recherche et des statistiques sur le secteur des organismes sans but lucratif au Canada.
- STATISTIQUE CANADA. (2012). *Les lignes de faible revenu, 2010 à 2011*. Série de documents de recherche – Revenu, no. 75F0002M. Ottawa : Statistique Canada, Division de la statistique du revenu.
- STRAIN E. (MD). (2005). Characteristics of Older Opioid Maintenance Patients. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 28, p.265-272.
- SUISSA, A. J. et Bélanger, A. (2001). Représentation du phénomène des dépendances chez les intervenants sociaux. *Nouvelles pratiques sociales*, 14 (1), p.133-151.
- SUISSA A.J. (2007). Dépendances et médicalisation: repères et enjeux psychosociaux. Dans *Nouvelles Pratiques Sociales*, vol. 19, no 2, p.92-110.
- TARABULSY, G. M., Provost, M., Drapeau, S., & Rochette, E. (2008). *L'Évaluation psychosociale auprès de familles vulnérables*. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- TÉTREAULT, J.P.(2003). *Élaboration d'un protocole de recherche*. [En ligne] Page consultée le 17 juin 2008 de http://crc.chus.qc.ca/pdf/elab_etu_experim.doc.
- THAYER-SCOTT, J. (1997). *The Emerging Sector: In Search of a Framework*. Ottawa: CPRN Study No. CPRN 1
- THEMIS, A et coll. (2003) Construction du rapport aux drogues dans un contexte de précarité, *Psychotropes*, 2 Vol. 9, p.65-81.
- THIBAudeau M. F. (1977). Le malade chronique au Centre de santé mentale communautaire, *Santé mentale au Québec*, II (2), p.75-83.
- TOUSIGNANT, Michel. (1989). La pauvreté : cause ou espace des problèmes de santé mentale. *Santé mentale au Québec*, vol. 14, no 2, p.91-103.

- TOWNSEMD, P.(1971). *The Concept of Poverty: Working papers on methods of investigation and life-styles of the poor in different countries*, London Heinemann Educational
- TREMBLAY, J. et Simoneau, H. (2010). Trois modèles motivationnels et le traitement de la dépendance aux substances psychoactives. *Drogues, santé et société*, 9 (1), p.165-210.
- TREMBLAY Y., HOME A. (1990). Groupe et prévention de l'agression chez les jeunes en milieu scolaire, *Service Social*, 39 (1), p.114-137.
- TRESOLINI, J. (1998). Developping Skills for Interprofessional Health Professing and Relationship-Centers Care, *Journal of Nure Midwifery*, 43 (1): 61-65.
- TRUDEL, LOUIS, et Simard, Claudine et Vonarx, Nicolas (2007). Recherches qualitatives – Hors Série – numéro 5 – pp.38-45. Actes du colloque Recherche Qualitative : les questions de l'heure ISSN 1715 - 8702 - - [http ://www.recherche-qualitative.qc.ca/Revue.html](http://www.recherche-qualitative.qc.ca/Revue.html) © 2007 Association pour la recherche qualitative (en ligne) http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/hors_serie/hors_serie_v5/trudel.pdf
- ULYSSE, Pierre-Joseph. (2007). La lutte contre la pauvreté et l'exclusion. Les paradoxes des stratégies québécoises, *Informations sociales*, 7, no 143, p.54-63.
- VAADA (The Victorian Alcohol and Drug Association). (2003). *The Links Between Alcohol and Drug Use and Poverty*. VAADA's Submission to the Senate Inquiry into Poverty in Australia.
- VAN CAPMPENHOUDT. L. (2013). Pour un malentendu qui fonctionne. Dans M. Otero et S. Roy (dir.), *Qu'est-ce qu'un problème social aujourd'hui. Repenser la non-conformité*. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- VANIER, Carole et Daniel Fortin. (1996). Une étude exploratoire des sources de stress et de soutien social chez les intervenantes communautaires en santé mentale. *Santé mentale au Québec*. Vol. 21, No 2, Automne, p.200-223.
- VANIER, Carole. (1999). Étude de l'épuisement professionnel et des facteurs associés chez les intervenants et intervenantes de ressources communautaires en santé mentale. *Thèse de doctorat, Montréal, Université du Québec à Montréal*. Thèse de doctorat non publiée, (p.180-182). [En ligne] Page consultée le 27 avril 2008 de <http://rsmq.cam.org/smq/thesedoc/vanier/chap5.pdf>.

- VERMETTE, G. (2001). *La toxicomanie chez les aînés : reconnaître, comprendre et agir : guide d'intervention*. Montréal : Comité permanent de lutte à la toxicomanie.
- VILLE DE MONTRÉAL. 2013. *Profil sociodémographique Agglomération de Montréal : Données sociodémographiques*, Montréal : Ville de Montréal, 22 p.
- VINCENT, C. (2010). *L'Europe face au vieillissement des toxicomanes*, Paris : Le Monde.
- WALLACH I., DUCANDAS X., MARTEL M., TROTTIER B. et THOMAS R. (2013). Le VIH et le vieillissement au Québec. Une recherche qualitative sur les expériences, les difficultés et les besoins des personnes vivant avec le VIH de 50 ans et plus. Recherche financée par le Ministère de la Famille et des Aînés.
- WIGHT BAKKE, E. (1959). *Modern Organisme Communautaire Theory*. New York: John Wiley and Sons Inc., p.50
- WOLFENDEN J.F. (1978), *The future of voluntary Organisations: Report of the Wolfenden Committee*. London: Croom Helm

ANNEXES

Annexe 1 : Carte de l'agglomération de Montréal	329
Annexe 2 : Lettres de recrutement et de suivi	330
Annexe 3 : Guide d'entretien préliminaire et questionnaire (usagers).....	332
Annexe 4 : Résultats au questionnaire des usagers	334
Annexe 5 : Guide d'entretien préliminaire et questionnaire (intervenants des OC)	341
Annexe 6 : Résultats au questionnaire des intervenants	343
Annexe 7 : Organismes participant à la recherche	359
Annexe 8 : Formulaire de consentement.....	363

Lettre de suivi de recrutement (Intervenants des OC)

Les organismes communautaires de Montréal face au vieillissement et à la précarité des personnes toxicomanes : Perspectives des intervenants et des usagers.

Le vieillissement est une réalité aux multiples facettes. Il représente un processus dynamique de changement et d'adaptation liés à la réalité de l'individu et à son environnement. Le vieillissement s'accompagne d'une vulnérabilité physique, psychique et sociale. Par ailleurs, en ce qui concerne les personnes toxicomanes, plusieurs études ont démontré que la chronicité des problèmes reliés à l'usage de substances psychotropes conduit à un vieillissement précoce. En effet, « les personnes toxicomanes qui ont survécu à leur addiction, ou qui ont réussi à s'en sortir, vieillissent avec leur dépendance ou avec leurs thérapies » (Egli, 2008). En conséquence, le défi pour les personnes toxicomanes qui vieillissent consiste à préserver au mieux leur autonomie fonctionnelle, à bien développer leur identité, ainsi qu'à acquérir et à maintenir un sentiment de sécurité, d'appartenance et d'utilité dans leur milieu de vie (CPLT, 2001). Ces personnes ont donc de nombreux besoins spécifiques.

Le ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS) du Québec a indiqué dans son Plan d'action en toxicomanie 1999-2001 que les personnes âgées étaient des individus requérant une intervention particulière en toxicomanie, voire même une adaptation des services et des programmes offerts. Ce constat revêt une importance capitale dans un contexte de vieillissement de la population et d'accroissement des problèmes liés à la consommation abusive d'alcool et de drogues dans l'ensemble de la population québécoise (CPLT, 2001). Toutefois, les ressources axées à la fois sur le vieillissement, la toxicomanie et la précarité socioéconomique sont limitées ou inexistantes. Ces problématiques sont encore traitées de façon indépendante. De ce fait, l'intervention visant à lutter contre la problématique triple de la toxicomanie, du vieillissement et de la précarité socioéconomique trouve ainsi sa juste place dans la vision et les priorités d'action du gouvernement du Québec.

Le mouvement communautaire, pour sa part, est porteur de traditions diverses et fait la promotion de différentes pratiques sociales. Fortement enracinées dans les initiatives de la société civile, ces pratiques se sont développées au fil des décennies et des transformations de la société. Les

organismes communautaires qui s'adressent aux personnes âgées et/ou aux personnes toxicomanes constituent des partenaires privilégiés dans la mise en œuvre de mesures visant à mieux répondre aux besoins spécifiques de la clientèle toxicomane vieillissante. Selon plusieurs études, les organismes communautaires sont les établissements les plus fréquentés par les personnes toxicomanes vieillissantes après les structures de soins de santé spécialisés. Ces organismes doivent donc développer des approches spécifiques et des stratégies adaptées aux caractéristiques des personnes âgées. Hélas, l'écart entre les services requis et les services existants est encore très grand. Au Québec, les personnes de 55 ans et plus aux prises avec des problèmes de toxicomanie et de précarisation (ou en voie de développer ce type de problèmes) n'ont pas toujours accès aux services que leur condition requiert (CPLT, 2000). La société québécoise est donc confrontée à un défi majeur : comment s'occuper des besoins spécifiques de ces personnes toxicomanes qui vieillissent ?

Cette thèse vise à documenter et comprendre les caractéristiques des organismes communautaires en lien avec leurs modalités organisationnelles et leurs modes d'intervention auprès de notre population cible. Nous pouvons définir ladite population comme étant l'ensemble des personnes toxicomanes, vieillissantes et dans une situation précaire. Nous nous pencherons sur la manière dont ces individus perçoivent les services reçus, sur les circonstances dans lesquelles ils les utilisent et sur la manière dont ils s'y adaptent. Au travers d'une série d'entrevues semi-dirigées, nous allons chercher à comprendre les procédures et modes de fonctionnement des organismes communautaires et la pertinence de ces éléments au regard des problématiques soulevées.

Cette thèse est divisée en trois rubriques. La première décrit la problématique de l'étude en présentant un historique de l'évolution des organismes communautaires, leurs enjeux et leurs rapports avec la communauté, et en contextualisant les principales questions qui constituent la base de notre réflexion. Cette rubrique brosse également le portrait de la population visée (les toxicomanes vieillissant en situation de précarité). Notre expérience sur le terrain et les diverses lectures sur le sujet suggèrent que ces personnes sont affectées par plusieurs facteurs de stigmatisation sociale. Il est donc clair que notre problématique est en émergence. En effet, la génération des baby-boomers est importante sur le plan démographique et ses membres appartiennent à la cohorte qui a consommé le plus de psychotropes. Ce mode de vie les soumet aujourd'hui à un vieillissement précoce et lourd de conséquences physiques, émotionnelles et sociales qui vont en s'aggravant.

La deuxième rubrique donne également un aperçu général de la démarche de recherche en indiquant les outils méthodologiques utilisés et en présentant un tableau des principales caractéristiques des organismes retenus pour cette recherche. Les méthodes d'analyse des données examinées à la lumière des questionnements annoncés dans la problématique de départ seront aussi présentées.

Enfin, la troisième et dernière rubrique examine les limites de notre recherche et de ses retombées attendues. Nous allons délimiter le champ observé en rappelant la problématique générale de l'évolution récente de la société québécoise.

ANNEXE 3

GUIDE D'ENTRETIEN PRÉLIMINAIRE (USAGERS DES OC)

Titre de recherche : « Les organismes communautaires de Montréal face au vieillissement et à la précarité des personnes toxicomanes : perspectives des intervenants et des usagers. »

Entretien n° :

Nom :

Date :

Introduction :

- Présentation du but, de la structure et du déroulement de l'entretien
- Conditions déontologiques : confidentialité et anonymat
- Réponse aux questions du répondant
- Consentement et engagement : explication et signatures.

QUESTIONNAIRE AUX USAGERS

1. Quel est votre âge?
2. A quel endroit résidez-vous?
3. Quel est votre état matrimonial?
4. Depuis combien de temps vivez-vous à cet endroit?
5. Quel est votre moyen de déplacement?
6. Avez-vous des revenus?
7. Avez-vous des problèmes de santé?
8. Fumez-vous des cigarettes ? Si oui, combien par jour ?
9. Buvez-vous de l'alcool ? Si oui combien de verres par jour ?
10. Consommez-vous ou avez-vous consommé des psychotropes dans le passé ? Précisez.
11. Avez-vous déjà fréquenté un/ou des organisme(s) communautaire(s) (OC)? Précisez.

12. Comment avez-vous connu son / leur existence?
13. Fréquentez-vous actuellement un / ou des OC ?
14. Votre fréquentation d'un /ou des OC a-t-elle été le fait de votre propre décision?
15. Pour quelles raisons avez-vous fréquenté un/ou des OC?
16. Quels services avez-vous reçus du /ou des OC (satisfaction des besoins de base, activités de socialisation, etc.)? Précisez.
17. Comment appréciez-vous les services reçus? Quels sont les points forts et les points faibles qui devraient être améliorés dans ces services? Précisez.
18. À la suite de votre fréquentation du / ou des OC, avez- vous pu résoudre les problèmes qui vous ont poussé vers le / ou les OC? Précisez.
19. Avez- vous actuellement des besoins non-satisfaits? Précisez.
20. Avez-vous d'autres attentes personnelles? Précisez.
21. Selon vous, quel est l'apport du / ou des OC dans votre milieu?
22. Selon vous, qui profite des activités du / ou des OC dans votre communauté?
23. Avez-vous déjà fait du bénévolat dans un / ou des OC? Précisez.
24. À la suite de votre fréquentation du / ou des OC, avez-vous observé des changements dans votre participation à la vie de votre communauté (au niveau de votre quartier)?
25. Depuis votre fréquentation du / ou des OC, voyez-vous des changements positifs dans votre vie? Précisez.
26. Quelles recommandations donneriez-vous à / ou aux OC pour l'amélioration de la situation des personnes toxicomanes vieillissantes et en état de précarité?

Fin de l'entretien : Remercier le répondant, noter son appréciation de l'entretien et sa disponibilité pour un contact ultérieur (éclaircissements).

Durée de l'entretien :

ANNEXE 4

RÉSULTATS AU QUESTIONNAIRE DES USAGERS

Réponses portant sur les problèmes de santé

Problèmes de santé mentale

Agressivité	1
Anxiété	4
Bipolaire	1
Dépendance à l'alcool	4
Détresse psychologique	2
Fragilité psychologique	1
Maniaco-dépressif	2
Manque d'estime	1
Paranoïa	2
Problèmes d'adaptation	1
Psychiatrie	1
Santé mentale	1
Schizophrénie	1
Stress	1
Symptômes dépressifs (dépression)	4
Trouble obsessionnel compulsif	3
Trouble psychotique bref	1
Problèmes de santé mentale au total	31

Problèmes de santé physique

Arthrite	1
Asthme	2
Cancer	2
Cœur (aussi ACV)	2
Convulsions	1
Diabète	1
Foie	1
Genoux	1
Hanche	1
Haute pression	1
Problèmes de santé physique au total	13

11. Avez-vous déjà fréquenté un/ou des organisme(s) communautaire(s) (OC). Précisez.

AOP	3
C.O.R.E.	2
Cafeteria Multi-Caf	2
Centre Communautaire St-Antoine	1
Centre d'Écoute et d'Intervention Face à Face	1
Centre d'Écoute Le Havre	1
Centre Phoenix	2
Conseil des aînés et des aînées NDG	2
CSUQ	4
Groupe Harmonie	5

La Maison d'Aurore	1
Le levier	1
Le Sac à Dos	3
Ometz	5
Pas de la Rue	1
Programme J'arrête	1
Projet Génèse	1
Welcome Mission	2
Yellow Door Elderly Project / La Porte Jaune	1

Total des organismes fréquentés par les usagers **39**

12. Comment avez-vous connu son/leur existence

Bouche à oreilles	2
Connait l'intervenant	1
Internet	1
Moi-même	1
Référence amis, famille	3
Référence autres organismes	1
Référence professionnels	4
Référence sans précision	3

13. Fréquentez-vous actuellement un/ou des OC?

CSCS	1
Cuisine Communautaire Multi-Caf	1
Groupe Harmonie	1

Le Sac à Dos	1
MADA	1
Projet Génèse	2
Pas de réponse	2
Non	8

14. Votre fréquentation d'un/ou des OC a-t-elle été le fait de votre propre décision?

Oui	11
Oui et non	1
Non	1

15. Pour quelles raisons avez-vous fréquenté un/ou des OC?

Aides diverses	3
Anxiété	1
Consommation	2
Dépendance	3
Emploi	1
Finances	1
Gestion de la colère	1
Logement	1
Mauvaises Pensées	1
Problèmes avec la justice	1
Problèmes mentaux	2
Programmes offerts	1
Réorganisation sociale	1
Trouver des amis	1

16. Quels services avec-vous reçus du/ou des OC (satisfaction des besoins de base, activités de « sociabilisations », etc.)?

Accompagnement	1
Aide financière	2
Aide médicale	1
Aide pour la cour	1
Écoute	3
Informations	1
Interventions	2
Jamais top satisfait, un peu d'aide	1
Non pas du tout	1
Obtenir de l'information	1
Obtenir références pour m'aider	1
oui un peu, mais très jugé	1
Pour du social et des rencontres	3
Rencontre groupes et activités	1
Social	1
Soutien	1
Toujours bien	1

17. Comment appréciez-vous les services reçus? Quels sont les points forts et les points faibles qui devraient être améliorés dans ces services? Précisez.

Appréciation

Oui	14
Non	2

Forces

Bons repas	1
On peut leur faire confiance	1
Quelqu'un à qui parler	3
Réduit le stress	1

Faiblesses

Arrogance	1
Besoin plus de staff	2
Besoin plus d'organisation	1
Flexibilité	1
Heures trop courtes	1
Jugement sur les usagers	2
Manque de confiance	1
Personnel trop jeune	1
Trop de checks	1
Trop rapide, besoin de plus de temps	1

18. A la suite de votre fréquentation du/ou des OC, avez-vous pu résoudre les problèmes qui vous ont poussé vers le/ou les OC? Précisez.

Oui	3
Oui à 40% le reste est dans ma cour	1
Oui à 50%	1
Oui, un peu	4
Oui, pas tous	2
Oui, pour sociabilité	1

Oui, pour jeu compulsif et problème de justice	1
Non	2
Pas vraiment	1

19. Avez-vous actuellement des besoins non satisfaits? Précisez.

Aide financière	3
Aide service de santé	2
Aide sociabilisation	1
Oui	4
Oui, beaucoup	1
Oui, mais plus de confiance, moins de jugement	1
Soutien sporadique	1
Visites en prison	1
Non	3

20. Avez-vous d'autres attentes personnelles? Précisez.

Aide financière	2
Aide pour sorties	1
Besoin d'un appartement	3
Besoin d'une voiture	1
Besoin nourriture	1
Demeurer sobre	2
Devenir personne productive	1
Faire des rencontres	2

Qu'on me laisse la paix 1

Trouver conjoint 1

Trouver du travail 1

21. Selon vous, quel est l'apport du / ou des OC dans votre milieu?

Aide les gens 5

Aide les gens de la communauté 1

Aide les gens démunis 1

Aide les gens qui expriment un besoin 1

Font ce qu'ils peuvent 1

Pour combler les besoins 1

22. Selon vous, qui profite des activités du/ou des OC dans votre communauté?

Les gens 1

Les gens fragilisés psychologiquement 1

Les gens jugés par le système 1

Les gens seuls 1

Tout le monde 3

Toute personne dans le besoin 2

23. Avez-vous déjà fait du bénévolat dans un/ou des OC? Précisez.

Oui 5

J'ai offert, mais on ne m'a pas rappelé 1

Non 10

24. A la suite de votre fréquentation du/ou des OC, avez-vous observé des changements dans votre participation à la vie de votre communauté (au niveau de votre quartier)?

Oui, un peu 1

Non	6
Non trop malade	1
Pas encore	1
Pas vraiment	1
Prison	2

25. Depuis votre fréquentation du/ou des OC, voyez-vous des changements positifs dans votre vie? Précisez.

Oui et non	4
Oui et non, asthme	1
Oui et non, problèmes cardiaques	1
Oui et non, trouble obsessionnel compulsif	1
Oui, à certains niveaux	1
Oui, croissance	1
Oui, évolution	1
Oui, inscrit programme PEC	1
Oui, mais il y a encore à faire	1
oui, peut-être, je ne sais pas	2
Oui, plus de connaissance en technologie	1
Oui, progression	1
Oui, un jour à la fois	1
Plus capable d'autonomie	1
Non	3
Non, toujours détresse psychologique	1

26. Quelles recommandations donneriez-vous à/ou aux OC pour l'amélioration de la situation des personnes toxicomanes, vieillissantes et en état de précarité?

Communication	1
Compréhension	1
De l'aide pour la thérapie	1
Des réunions de groupe	1
Être bien sa tête	1
Mieux définir les rôles	1
Moins d'intervenants "fuckés"	1
Pas trop de changement de personnel	2
Plus d'activités	1
Plus d'aide financière	4
Plus de flexibilité	1
Plus de personnel	4
Plus de personnel pour accompagnement	1
Plus de respect	1
Plus de subventions	1
Plus de temps pour parler	1
Plus de traitement sans jugement	1
Plus de visibilité	1
Plus d'intervenants	1
Plus d'organisation	1
Plus d'organismes avec du personnel plus vieux	1
Services en prison	1

ANNEXE 5

GUIDE D'ENTRETIEN PRÉLIMINAIRE (INTERVENANTS DES OC)

Entretien n° :

Nom de l'OC :

Date :

Répondant :

Introduction :

- - Présentation du but, de la structure et du déroulement de l'entretien
- - Conditions déontologiques : confidentialité et anonymat
- - Réponse aux questions du répondant
- - Consentement et engagement : explication et signatures.

QUESTIONNAIRE AUX INTERVENANTS

1. Quels sont les objectifs de l'organisme ?
2. Depuis quand existe-t-il?
3. Quel est son aire d'intervention?
4. Quelle est la population cible?
5. Quelles sont vos stratégies d'approche de la population cible?
6. Est-ce que votre organisme dessert des personnes toxicomanes? Vieillissantes? En état de précarité?
7. Combien d'intervenants compte votre OC?
8. Quelles sont les principales fonctions des divers intervenants? Précisez.
9. Y a-t-il des bénévoles? Si oui combien?
10. Est-ce que les intervenants et/ou bénévoles ont une expérience spécifique en toxicomanie? En vieillissement? En pauvreté/précarité?
11. Comment les usagers viennent-ils à connaître votre OC? Par référence? Par de la publicité qu'ils ont vue ou entendue? Par du bouche-à-oreille?... Si autres, précisez.
12. Quels objectifs et/ou buts avez-vous pour vos clients / usagers?

13. Les personnes toxicomanes vieillissantes et en état de précarité représentent-elles une portion importante de l'ensemble de vos clients? Précisez : % toxicomanes, % personnes vieillissantes, % de personnes en état de pauvreté / précarité?
14. Définir les services que votre OC rend à ses clients / usagers.
15. Ces services sont-ils déterminés en fonction des demandes des clients / usagers? Précisez.
16. Quels sont les types de services les plus demandés?
17. Comment a évolué votre clientèle au cours des 5 dernières années? Précisez, exemples : plus de femmes, plus de personnes âgées...
18. Est-ce que la majorité des clients/usagers ont atteint leurs objectifs et buts?
19. Y a-t-il des occasions où des clients/usagers se voient refuser des services ou sont exclus de l'OC? Précisez.
20. Y a-t-il un code de conduite à l'OC? Exemple : l'usage de psychotropes ou d'alcool est interdit sur les lieux? Précisez.
21. Selon vous, les objectifs de l'OC sont-ils atteints? Précisez.
22. Quels sont les points forts et les points faibles de votre OC ?
23. Quel est l'apport de votre OC au développement de la communauté?
24. Selon vous quelles améliorations pourrait-il y avoir en général pour aider l'OC? Finances? Formation? Plus d'employés? Ou autres, précisez.
25. Selon vous qui êtes un professionnel dans la matière des personnes vulnérables, que suggèreriez-vous pour l'amélioration de la situation des personnes toxicomanes vieillissantes et en état de précarité?
26. Que suggèreriez-vous dans le domaine communautaire pour l'amélioration de la situation des personnes toxicomanes vieillissantes et en état de précarité ?

Commentaires

Fin de l'entretien : Remercier le répondant, noter son appréciation de l'entretien et sa disponibilité pour un contact ultérieur (éclaircissements).

Durée de l'entretien :

ANNEXE 6

RÉSULTATS AU QUESTIONNAIRE DES INTERVENANTS

2. Depuis quand l'organisme existe-t-il?

Années d'existence

10 à 20 ans	3
21 à 40 ans	5
41 à 60 ans	4
61 ans +	1

3. Quel est son aire d'intervention?

Accueillir, rassembler et soutenir les gens du Plateau Mont-Royal, améliorer leurs conditions de vie et leur environnement, "Vivre dans la communauté pour la communauté"	1
Activités et services pour tous âges, de la petite enfance aux personnes âgées	1
Banque alimentaire. Les gens ont besoin de conditions meilleures, ils ont faim. S'ils ont faim cela crée violence, vols, prostitution	1
Au regard de la justice sociale et de la santé mentale	1
Fournir un soutien à long terme dans un environnement professionnel, sécuritaire et empathique ; ateliers pour développer des stratégies pour maintenir la sobriété	1

Interaction sociale, activités, ouverture sur différentes cultures, volet éducatif	1
Intervenants de 1ère et 2e ligne, notre organisme sert de passage	1
Intervention en géron-toxicomanie	1
Problèmes sociaux	1
Tout ce qui concerne les aînés	1
Visites amicales, accompagnements, aide technologique, activités	1

4. Quelle est la population cible?

18 et +, surtout des hommes de 25 - 50 ans.	1
Toute personne pour qui nous n'offrons pas les services est référée à d'autres ressources	
55 +	3
55 + et en itinérance et en grande précarité ; 62%	1
55 - 64 ans ; 38% 65 +	
55 + problèmes de dépendance	1
De tous âges, mais les aînés sont une grande priorité dans notre organisation	1
Historiquement c'étaient les personnes âgées, aujourd'hui, âgé commence à 50 ans ; donc on qualifie de groupe mature	1
Itinérants ou en voie de le devenir et en état de précarité	1
Particulièrement les gens de 55 et +, mais aussi des élèves du primaire de la section est du Plateau	1

Tout adulte aux prises avec des problèmes de dépendance	1
Tout adulte ayant surmonté son problème de dépendance et atteint la sobriété	1
Toute personne de 18-80 ans dans le besoin, individus ou familles	1
Un certain groupe de plus de 60 ans vivent dans le secteur et sont pensionnés ; ils viennent depuis 10-20 ans	1

5. Quelles sont vos stratégies d'approche de la population cible?

Aller à la rencontre des aînés dans la rue, dans leur milieu pour faire connaître le centre et ce qu'ils peuvent y trouver.	1
Approche sur anonymat, écoute active, cibler rapidement leurs besoins	1
Bouche à oreilles, d'autres organismes partenaires. Petit organisme géré en grande partie par des étudiants en psychologie ; pas de guerre de pouvoir ici ; atmosphère amicale et relaxe.	1
Cadre flexible, approche flexible, importance de l'accueil, réduction des méfaits	1
Distribution de 2000 dépliants dans les boîtes aux lettres dans différents secteurs pour rejoindre éventuellement tout le Plateau ; médecin, services sociaux, CLSC, posters ;	1
Écoute active, accompagnement dans le respect-laisser savoir aux usagers qu'ils ne sont pas seuls	1

Établir lien de confiance, écoute, soutien, disponibilité	1
Par référence, de bouche à oreille, par nos membres actuels	1
Par référence, par des travailleurs sociaux, et un de nos intervenants a pour mandat de se promener pour retracer les personnes isolées (McDonald, parcs...)	1
Réduction des méfaits, prévention, prévention de rechute, écoute, soutien, référence, ne met pas l'emphase sur le problème	1
Référence gouvernement, CLSC, agences sociales, tableau de location, site web	3
Services de visites amicales offertes par des bénévoles ; écoute des clients	1

6. Est-ce que votre organisme dessert des personnes toxicomanes? Vieillissantes? En état de précarité?

Personnes toxicomanes	6
Personnes vieillissantes	14
Personnes en état de précarité	10

7. Combien d'intervenants compte votre OC?

Nombre d'intervenants

1 à 5	6
6 à 10	4
11 à 15	4

8. Quelles sont les principales fonctions des divers intervenants? Précisez.

1 conseiller individuel ; 1 organisateur d'activités pour les aînés ; 1 responsable du programme de nourriture ; 3 organisateurs de programmes pour enfants ; 1 responsable d'information sur la citoyenneté	1
1 coordonnatrice au soutien communautaire, 1 coordonnatrice pour les activités, 1 directeur exécutif, 1 assistante de la porte jaune	1
1 directeur, 2 intervenantes en toxicomanie, 2 intervenants de milieu ; écoute, soutien, accompagnement, outils sur la toxicomanie, animation de groupes d'entraide	1
1. groupes d'entraide/intervention individuelle ; 2. intervention individuelle/bénévoles ; 3et4 intervention de rue et milieu de travail	1
2 travailleurs sociaux, 1 liaison pour les activités, quelques stagiaires, intervenants sociaux pour réfugiés et immigrants ; beaucoup d'immigrants	1
50% aide sur base individuelle, 50% organisateurs communautaires ;	1
Animer les divers ateliers, soutenir les usagers dans leur démarche de maintien de sobriété	1
Chacun a ses fonctions, un seul fait du transport pour les visites aux médecins	1
Chacun a son rôle, quelques-uns pour les événements spéciaux, 2 pour le travail communautaire. Nous travaillons tous ensemble pour s'entraider	1

Soutien émotionnel, "outreach", écoute active en ligne, coordination des bénévoles ;	1
Thérapie individuelle et de groupe, établir plan d'intervention	1
Tous les intervenants s'occupent de domaines pour lesquels ils sont qualifiés: communication, gestionnaire de projet, coordonnateur de collectes de fonds...	1

9. Y a-t-il des bénévoles? Si oui combien?

Nombre de bénévoles

2 ou 3	1
Environ 100	2
Oui	2
Oui au centre de jour	1
Plusieurs	4
Une dizaine	1
Une trentaine	1

10. Est-ce que les intervenants et/ou bénévoles ont une expérience spécifique en toxicomanie? En vieillissement? En pauvreté/précarité?

Beaucoup de stagiaires, employés et bénévoles ont des expériences personnelles dans plusieurs sphères de la vie.	1
Chacun a sa propre expertise, nous avons 1 gérontologue, 1 organisateur d'activités, 1 directeur exécutif (12 ans d'expérience)	1

En vieillissement et précarité certainement, mais pas en toxicomanie puisque nous n'offrons pas les services	2
Études, formation, expérience de terrain	1
Non, certains bénévoles ont des expériences de vie auprès des personnes âgées, ainsi que les coordonnatrices qui ont de l'expérience en entraide pour les personnes âgées	1
Offre dans divers domaines: activités de jour, cuisine, transport, accompagnement aux rendez-vous médicaux	1
Oui aux 3	2
oui aux 3 pour 4 ou 5 d'entre eux	1
Oui la majorité sont des étudiants en psychologie ou travail social d'universités et de CEGEP ; nous donnons aussi 2 jours (14hres) de formation sur les sans-abris, la santé mentale, l'écoute active en ligne et en personne et sur nos services.	1
Oui, en toxicomanie, itinérance, santé mentale, violence.	1
Oui, spécialisés en géron-toxicomanie, on travaille avec les gens à faibles revenus en HLM	1
Tous les intervenants ont des baccalauréats, ce sont des travailleurs sociaux, 1 personne formée en gérontologie	1

11. Comment les usagers viennent-ils à connaître votre OC? Par référence? Par de la publicité qu'ils ont vue ou entendue? Par du bouche-à-oreille?... Si autres, préciser.

Affiches	1
Bouches à oreilles	6
Déjà bien connus dans la communauté	1
Internet	5
Médias Sociaux	1
Plusieurs façons de nous trouver	1
Publicité	4
Référence	2
Référence amis, familles	1
Référence autres organismes	4
Référence centres de désintoxication	1
Référence CLSC, hôpitaux, municipalité	3
Référence par les refuges	1
Référence par nos membres	2
Référence par professionnels	2

12. Quels objectifs et/ou buts avez-vous pour vos clients / usagers?

Activités (culturelles, récréatives ou religieuses) ; service d'entraide, service de référence et soutien alimentaire	1
Aider les individus toxicomanes à redevenir des individus productifs de la société	1
Améliorer la qualité de vie, les rendre autonomes. Offrir un endroit sécuritaire où ils peuvent parler d'eux-mêmes, obtenir de l'information et des références.	1

Améliorer leur situation de vie ; s'assurer qu'ils ont une carte d'identité, qu'ils sont en santé, qu'ils sont logés et vêtus ; leur donner une structure, une stabilité	1
Briser l'isolation, s'assurer qu'ils ont de la nourriture saine, approche par eux pour eux, on mise sur le positif et l'inclusion	1
Briser l'isolement, ils viennent pour sortir de chez eux	1
Donner un sentiment d'appartenance à la communauté et leur laisser savoir qu'ils peuvent obtenir de l'aide s'ils ont besoin ; ils peuvent s'impliquer, faire du bénévolat	1
Donner une stabilité, se trouver un logement, c'est un programme maximum de deux ans ; l'usager doit être sur bien-être social ou la pension de vieillesse avec supplément de garantie pour être éligible	1
Le maintien de la sobriété, la réinsertion sociale et redevenir des citoyens actifs de la communauté	1
Militer pour et améliorer les conditions de vie de gens à faibles revenus. Les aider à apprendre ; militer pour l'amélioration de programmes sociaux	1
Réduction des méfaits en relation avec les objectifs de la personne (réduction, abstinence...)	1

Réduire les conséquences de la consommation 1
ou aider la personne à être abstinente et
l'accompagner à améliorer sa qualité de vie.

Résoudre les problèmes immédiats et améliorer 1
leurs conditions de vie.

13. Les personnes toxicomanes vieillissantes et en état de précarité représentent-elles une portion importante de l'ensemble de vos clients? Précisez : % toxicomanes, % personnes vieillissantes, % de personnes en état de pauvreté / précarité?

Clientèle toxicomane 60% 1

Clientèle toxicomane 75% à 80% 3

Clientèle toxicomane 100% 3

Clientèle vieillissante 20% 2

Clientèle vieillissante 40% 1

Clientèle vieillissante 50% à 65% 3

Clientèle vieillissante 75% à 80% 1

Clientèle vieillissante 100% 4

Clientèle en état de précarité

Clientèle en état de précarité 40% 1

Clientèle en état de précarité 60% 1

Clientèle en état de précarité 80% 2

Clientèle en état de précarité 95% à 100% 6

14. Définir les services que votre OC rend à ses clients / usagers.

Activités (culturelles, récréatives ou religieuses) ; service d'entraide, service de référence et soutien alimentaire	1
Aide pour remplir documents, pour prouver le nombre d'années de résidence au Canada, difficultés de la langue	1
Aide pour trouver logement, communiquer avec agent de bien-être social, écoute active, aider à réfléchir et comprendre, avoir un but, devenir autonome	1
Animer les divers ateliers, soutenir les usagers dans leur démarche de maintien de sobriété, thérapie individuelle, de groupe	1
Banques alimentaires, repas, activités (films, artisanat)	1
Buanderie, douche, casier postal, casier d'entreposage, aide à l'emploi ; <i>l'empowerment</i> est la cible ; thérapie pour toxicomane référée à d'autres ressources	1
Groupes d'entraide, intervention individuelle, jumelage avec bénévoles	1
Intervention de crise, prévention et éducation ; évaluation et suivi psychosocial, thérapie individuelle, de groupe et familiale	1
Intervention externe individuelle, groupes d'entraide, jumelage bénévoles	1

Jardins communautaires, nourriture, aide pour remplir documents, obtenir l'information qu'ils recherchent, fêtes, tricot ; un repas servi 1 fois / mois de septembre à mai 1

On organise des événements pour la santé et le bien-être de nos membres. On veut qu'ils se sentent spécial: activités mensuelles: coiffure, podiatre, massage 1

Programme de réinsertion avec logement, accompagner la personne en globalité: légal, financier, accompagnement au médecin, accompagnement de fin de vie, service d'infirmière 1 à 2 fois/mois, soins dentaires, loisirs, animation, activités, ordinateurs à leur disposition, atelier de peinture, 1 semaine de vacances à Oka tout compris, centre de jour (café jusqu'à 13hres, 2 bols de soupe au lunch et pain, anniversaires avec gâteau et cadeau 1 fois/mois 1

Transport et activités sociales 1

Visites amicales, aide technologique, activités, accompagnement 1

15, Ces services sont-ils déterminés en fonction des demandes des clients / usagers?

Précisez.

En fonction des besoins des usagers ou membres 11

En fonction des services que nous offrons 1

En fonction de la mission et des besoins des usagers les deux vont de pair 1

En fonction de la mission : *empowerment* 1

16. Quels sont les types de services les plus demandés?

Douche, casier postal, casier d'entreposage, insertion ; doit bénéficier de l'aide sociale pour être éligible	1
Évaluation et suivi psychosocial, thérapie	1
Intervention groupe et/ou individuelle	2
Logement et alimentation	1
Logements sociaux, problèmes propriétaires/locataires	1
Nourriture ; différente offre que le CLSC	1
Principalement pouvoir parler à quelqu'un un à un	1
Soutien pour maintien à domicile	1
Stratégies et outils pour maintenir sobriété	1
Soutien pour santé physique et mentale. La solitude et l'isolement sont cruels, les membres sont souvent sans famille ou famille éloignée	1
Tous nos services sont en demande, particulièrement transport gratuit et accompagnement aux médecins	1
Une adresse civique ; 370 - 400 personnes reçoivent leur courrier ici	1
Visites amicales, accompagnement	1

17. Comment a évolué votre clientèle au cours des 5 dernières années? Précisez, exemples : plus de femmes, plus de personnes âgées...

Augmentation clientèle vieillissante	5
--------------------------------------	---

Augmentation clientèle vieillissante et isolée	1
Augmentation de personnes immigrantes	1
Augmentation du nombre de femmes	2
Augmentation du nombre d'hommes	1
Augmentation importante d'usagers	1
Augmentation problèmes multiple	2
Augmentation problèmes santé mentale	2
Clientèle stable, mais plutôt cyclique	1
Consommation de substances différentes	1

18. Est-ce que la majorité des clients/usagers ont atteint leurs objectifs et buts?

Difficile de répondre, plusieurs en état de précarité donc limités pour résoudre leurs problèmes	1
Oui	5
Oui, à la Porte Jaune	1
Oui, au centre de jour	1
Oui, je l'espère	1
Oui, je pense	2
Oui, pour la majorité, il y aura toujours des plus démunis qu'il faut aider davantage	1
Si l'objectif est de manger, alors ils l'atteignent	1
Non, vont atteindre la stabilité, plutôt petits contrats ; parfois leurs objectifs sont trop élevés	1

19. Y a-t-il des occasions où des clients/usagers se voient refuser des services ou sont exclus de l'OC? Précisez.

Oui, s'ils n'habitent pas le territoire	2
Oui, si nous n'offrons pas le service demandé, ils sont alors référés à d'autres ressources	2
Non, sauf si agressif, violent... ; on peut les inviter à revenir plus tard, ou le lendemain	10

20. Y a-t-il un code de conduite à l'OC? Exemple : l'usage de psychotropes ou d'alcool est interdit sur les lieux? Précisez.

Code de conduite	14
Principaux éléments des codes de conduite	
Bonne conduite	1
Calme	2
Courtoisie	1
Franchise	1
Ne pas arriver intoxiqué	1
Pas d'alcool	5
Pas d'alcool, sauf celui servi lors des activités	2
Pas de cigarette	1
Pas de comportement dérangeant	3
Pas de drogue	4
Pas de violence	1
Politesse	1
Propreté de leur personne	1
Respect	3
Respect des gens	1
Respect des lieux	1

Respect des règles	1
Sobriété en intervention	1
Sobriété pour programme réinsertion	1

21. Selon vous, les objectifs de l'OC sont-ils atteints? Précisez.

La campagne de financement n'atteint par son objectif	1
Oui	7
Oui en général. Il faudrait cependant obtenir du financement pour des projets temporaires	1
Oui, grâce à nos bénévoles	1
Oui, mais il y a plus à faire	1
Oui, nous sommes cependant à reclarifier notre structure et nos valeurs: transparence et intégrité pour les afficher davantage	1
Oui, on vise cependant toujours à s'améliorer. Les besoins augmentent et ça demande beaucoup d'adaptation	1
Oui. Il n'en demeure pas moins que l'utilisateur a son bout de chemin à faire, nous l'accompagnons	1

22. Quels sont les points forts et les points faibles de votre OC ?

Forces

Accueil	1
Approche	1
Beaucoup de communication	1
Bon directeur, sensible, compétent, dévoué,	1

Cadre flexible	2
Centre chaleureux, familial	1
Communauté qui aide la communauté	1
Disponibilité	3
Efficace à combler les besoins	1
Endroit sans jugement sur les usagers	1
Endroit sécuritaire	1
Équipe soudée	1
Expertise	2
Fournir aux aînés à faible revenu ce dont ils ont besoin	1
Intervenants passionnés	1
L'amitié	1
L'inclusion	1
Les étudiants continuent comme bénévoles après leur stage	1
Les usagers	1
Nos services	1
Nos usagers ne se sentent pas comme un problème	1
Notre passion visible dans notre organisme ; nous appelons ça la maison hors de chez soi.	1
On accepte quiconque seul ou dans le besoin	1
On prend les gens comme ils sont	1

On veut que tous dans la communauté soient bien	1
Ouverture	1
Rejoint les différentes générations	1
Relation de confiance	1
Réseau	1
Structure bien établie	1
Très solide avec les autres organismes	1
Très solide entre nous	1

Faiblesses

Manque de financement	4
Manque de ressources, donc essoufflement	1
Nous n'avons pas de faiblesse	1
Besoin de plus d'espace	1
Besoin de plus de bénévoles	2
Besoin de plus d'employés	2

23. Quel est l'apport de votre OC au développement de la communauté?

Accueil dans la communauté ainsi qu'aux réfugiés et immigrants ; fournir de l'aide, de la documentation, des références ; donner un sentiment d'appartenance	1
Activités en partenariat avec d'autres organismes	1
Aide aux aînés à faible revenu, c'est vital pour eux	1

Aide pour rendre autonome et redevenir citoyen productif aux sans-abris et aux personnes avec problèmes de santé mentale ; nous sommes un soutien pour la communauté	1
Aider à une réinsertion sociale et aider les individus à redevenir des citoyens productifs, c'est un plus pour la communauté	1
Aider les individus à devenir des citoyens actifs, mais aussi à répondre à la communauté (distribution vêtements, biens...)	1
Développement de la vie communautaire au centre-ville par l'entremise de projets qui impactent le collectif	1
Intégration des usagers dans le quartier	1
Nous mettons tout en œuvre pour que les membres de notre communauté soient entourés, afin de préserver, d'enrichir et de promouvoir la culture et l'identité de notre communauté.	1
On offre un endroit aux aînés pour se rencontrer, faire de nouveaux amis et faire du bénévolat	1
Reconnaissance du quartier (par notre nettoyage du milieu tous les jours) aussi par la ville pour propreté, mais aussi pour fournir main d'œuvre pour petits contrats et même chose pour emploi Québec	1
Tentons d'impliquer les membres dans la communauté, nous organisons des activités pour enrichir leur vie sociale	1

24. Selon vous quelles améliorations pourrait-il y avoir en général pour aider l'OC? Finances? Formation? Plus d'employés? Ou autres, précisez.

Besoin d'interprète	1
Locaux à loyer moindre	1
Moins de jugement	1
Partenariat avec centre d'hébergement	1
Plus de financement	10
Plus de formation	3
Plus de collecte de fonds	1
Plus de logements sociaux	1
Plus de permanence	1
Plus de ressources	1
Plus de stabilité d'emploi	1
Plus de visibilité dans les médias	1
Plus d'employés	3
Plus d'employés mais sans enlever l'aspect familial de l'organisme	1
Plus d'information aux citoyens, les citoyens n'apprécient pas toujours nos centres dans leur voisinage	1
Plus d'ouverture	1
Un nouveau local	1

25. Selon vous qui êtes un professionnel dans la matière des personnes vulnérables, que suggèreriez-vous pour l'amélioration de la situation des personnes toxicomanes vieillissantes et en état de précarité?

Accessibilité plus rapide aux centres de désintoxication (exemple 3 semaines d'attente à Dollard Cormier)	3
Aide financière pour les ressources qui accompagnent	1
Appliquer la réduction des méfaits	1
Augmentation du salaire minimum pour les jeunes	1
Des centres interdisciplinaires (usagers à problèmes multiples)	1
Désintoxication pour personnes vieillissantes	1
Financement pour le logement social	1
Miser sur la personne, s'adapter	1
Moins de jugement	1
Plus d'activités gratuites	1
Plus d'argent	1
Plus de centres de jour où ils peuvent apprendre, développer leurs forces,)	1
Plus de communication entre les organismes	1
Plus de désintoxication en externe	1
Plus de douceur	1
Plus de navettes pour reconduire dans centre de désintoxication	1
Plus de prévention (pour avoir moins d'itinérance)	1
Plus de respect	2

Plus de ressources	1
Plus de ressources spécialisées en gérontologie et toxicomanie compte tenu de la population vieillissante	1
Plus d'ouverture	2
Sites d'injections	1
Thérapie gratuite	1
Une meilleure visibilité au secteur des ressources disponibles ; diffuser l'information ; nous existons depuis 12 ans et il y a encore des gens qui ne savent pas qu'on existe	1

26. Que suggéreriez-vous dans le domaine communautaire pour l'amélioration de la situation des personnes toxicomanes vieillissantes et en état de précarité ?

Des centres en interdisciplinarité, ce sont des usagers à problèmes multiples nécessitant l'apport de professionnels de différentes disciplines, une concertation de tous les acteurs impliqués et bien sûr plus de ressources financières et matérielles	1
Plus de ressources ; le gouvernement prône que les aînés sont mieux chez eux, mais ils sont souvent isolés donc plus de programmes mis en œuvre pour des visites régulières	1
Plus de programmes / services d'intervention à proximité, de logement social, plus de suivis	1
Moins d'âgisme, plus de respect, d'accueil, mieux s'adapter aux personnes	1

Leurs problèmes sont liés à la pauvreté, ce qui occasionne plus de stress, plus de médicaments. S'ils avaient plus d'argent, ils mangeraient mieux. Les médicaments sont chers et les revenus de pension insuffisants. Quand ils perdent le sens de la contribution dans leur communauté, ils deviennent effacés.	1
Devrait avoir un service 211 comme à Laval ou les gens peuvent obtenir l'information ce serait bon pour les aînés et les immigrants	1
On offre un sens de la communauté ; enlève la solitude, on ne juge pas, on les accueille tels qu'ils sont. S'ils sont motivés ils reviendront. S'ils ne peuvent faire partie ils boiront ou se droguent pour enlever la douleur. La peur de la réalité les empêche de changer	1
Plus de travailleurs, beaucoup d'empathie dans une équipe solide ; besoin de plus de services et d'accès à des services ;	1
Plus de nourriture, plus d'endroits où les aînés peuvent aller, plus d'argent pour organiser des activités	1
Ouverture de centres de répit pour dégrisement et ouverture de centre de répits qui acceptent usagers sur méthadone	1
Plus de HLM et de logements supervisés, financement plus adéquat pour offrir meilleur salaire ; les intervenants de OC sont moins payés que ceux au gouvernement	1

Programmes gouvernementaux accessibles aux OC en fonction de cette clientèle croissante	1
Avoir des centres où ils peuvent aller pour obtenir du réconfort, du soutien, demander de l'aide pour rendre leur vie un peu plus facile	1

ANNEXE 7

ORGANISMES PARTICIPANT À LA RECHERCHE

1 – OC **La Cafétéria communautaire Multi-Caf**

3591, rue Appleton

514-733-0554

Intervenant : Roger Hébert

Courriel : info@multicaf.org

Site web : www.multicaf.org

Mission: Intervenir en sécurité alimentaire auprès des personnes démunies du quartier CDN, briser leur isolement, développer leur sentiment d'appartenance à la communauté et favoriser leur prise en charge individuelle.

2 – OC **Groupe Harmonie Outreach – Service d'intervention à proximité**

1801, boul. de Maisonneuve ouest

514-939-2640

Intervenant : Seth de Fayette

Courriel : groupeharmonie@cooptel.qc.ca

Site web : www.groupeharmoniedotorg1.wordpress.com/

Mission : Venir en aide aux personnes de 55 ans et plus aux prises avec des problèmes liés aux dépendances. Offrir des moyens de prévenir et résoudre les problèmes liés à la consommation de psychotropes, sensibiliser et informer la communauté à cette problématique.

3 – OC **La Maison d'Aurore**

4816, rue Garnier

514-527-9075

Intervenant : Alice Miquet

Courriel : info@maisonaurore.org

Site web : www.maisonaurore.org

Mission: Accueillir, rassembler et accompagner les personnes du Plateau Mont-Royal afin d'améliorer leurs conditions et leur milieu, d'accroître leur sentiment d'appartenance à la communauté, la circulation de l'information et le développement de liens durables.

4 – OC The Centre for Ongoing Recovery and Education (C.O.R.E.)

5491, avenue Victoria

514-857-5770

Intervenant : Gerald Sidel

Mission: Aider les personnes qui ont surmonté les problèmes reliés à la dépendance, à développer des outils et des stratégies pour maintenir une sobriété et réintégrer la société.

5 – OC Projet Genèse

4735, chemin de la Côte Ste Catherine est

514-738-2036

Intervenante : Arlene Field

Courriel : michael@genese.qc.ca

Site web : www.genese.qc.ca

Mission : Améliorer l'accessibilité des aînées des nouveaux arrivants et des personnes à faible revenu aux services sociaux, gouvernementaux et communautaires et encourager la

participation citoyenne à la vie communautaire en misant sur l'aide et la résolution de problème (logement, sécurité du revenu, immigration, pension et enjeux légaux reliés à la pauvreté).

6 – OC Conseil des aînés et des aînées de NDG

88 Avenue Ballantyne Nord

514-487-1311

Intervenante : Anne Mackay

Courriel : info@NDGSCC.ca

Site web : www.NDGSCC.ca

Mission : Améliorer la qualité de vie, briser l'isolement, favoriser la participation sociale et préserver l'autonomie des personnes de 50 ans et plus de NDG et Montréal-Ouest par l'entraide, la promotion de la dignité et le respect de soi.

7 – OC Groupe Harmonie Interne – Service de l'intervention à l'interne

1801, boul. de Maisonneuve Ouest

514-939-2640

Intervenante : Virginie Tremblay

Courriel : groupeharmonie@cooptel.qc.ca

Site web : www.groupeharmoniedotorg1.wordpress.com/

Mission : Venir en aide aux personnes de 55 ans et plus aux prises avec des problèmes liés aux dépendance. Offrir des moyens de prévenir et résoudre les problèmes liés à la consommation de psychotropes, sensibiliser et informer la communauté à cette problématique.

8 – OC Communauté Sépharade Unifiée du Québec (CSUQ)

5151, chemin Côte Ste Catherine

514-733-4998

Intervenante : Sylvia Serruya

Courriel : info@csuq.org

Site Web : www.csuq.org

Mission : Offrir des services d'entraide et de soutien pour les individus et les familles. S'affirmer comme le vecteur d'une culture juive plurielle, capable de contribuer à l'enrichissement de la métropole par la production d'activité de haut niveau dans le secteur des Arts et des Lettres. Faire rayonner la culture juive dans la cité.

9 – OC Centre d'Écoute et d'Intervention Face à Face

1857, boul. de Maisonneuve Ouest, #100

514-934-4546

Intervenante : Stefania Lievano

Courriel : face934@gmail.com

Site web : www.facefacemontreal.org

Mission : Soutenir et briser l'isolement des personnes en difficulté (sans-emploi, isolées, itinérantes ou connaissant des problèmes de santé mentale) principalement par l'écoute active et la référence vers des ressources appropriées à leurs besoins.

10 – OC Le Sac à Dos

1110, rue Ste Catherine Est

514-393-8868

Intervenante : Nathalie Bergeron

Courriel : info@lesacados.org

Site web : www.le-sac-a-dos.ca

Mission : Viser l'insertion sociale et économique des personnes en situation d'itinérance et de ceux et celles qui risquent de l'être. Favoriser la participation et l'engagement notamment par la création d'un milieu de vie et le développement de réseaux d'échanges. Les valeurs d'autonomie, de dignité, de responsabilisation et de solidarité sont au cœur de leur démarche.

11 – OC Centre communautaire St-Antoine 50 +

2338, rue St Antoine Ouest #1

514-933-7351

Intervenante : Kelly Thompson

Courriel : info@centrestantoine.com

Site web : www.centrestantoine50plus.com

Mission : Améliorer la qualité de vie et l'autonomie des personnes âgées en misant sur l'entraide, le partage et la solidarité.

12 – OC Addiction Outreach Program (AOP)

6900, boul. Décarie

514-731-8000

Intervenante: Claire Roberge

Courriel : addictionoutreach@hotmail.com

Site Web : www.addictionoutreach.ca

Mission : Faire office de porte d'entrée dans la communauté et être le premier contact pour les personnes (et leurs familles) aux prises avec des problèmes d'alcool, de drogue et de dépendance. Accompagner ces personnes dans une démarche de rétablissement

sans les juger, leur indiquer les ressources disponibles et les soutenir pour qu'ils réalisent qu'ils ne sont pas seuls.

13 – OC Pas de la Rue

1575, boul. René Lévesque Est

514-526-1699

Intervenante : Josiane Akrich

Courriel : intervention1@pasdelarue.com

Site web : www.pasdelarue.org

Mission : Accueillir, soutenir et encourager toute personne de 55 ans et plus, sans domicile fixe ou en situation de grave précarité, dans une perspective de stabilisation et de réinsertion. L'objectif est d'accompagner la personne vers l'amélioration de ses conditions de vie, vers la meilleure inclusion possible, pour son bien-être et celui de la collectivité et ce en offrant une variété de mesures de soutien, de la rue, jusqu'à un programme de logement-relais en passant par l'accueil et le soutien en centre de jour.

14 – OC Yellow Door Elderly Project / La Porte Jaune

3625, rue Aylmer

514-845-2600

Intervenante : Melissa Dalva

Courriel: admin@yellowdoor.org

Site web : www.yellowdoor.org

Mission : Préserver l'autonomie et favoriser le maintien à domicile des aînés du centre-ville en misant sur le dialogue, l'implication au sein de la communauté et l'expression artistique.

ANNEXE 8

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Titre de la recherche : « Les organismes communautaires de Montréal face au vieillissement et à la précarité des personnes toxicomanes : perspectives des intervenants et des usagers ».

Chercheur : Albert Saraga

A) Renseignements aux participants

1. Objectifs de la recherche

L'objectif général de cette recherche est de mieux comprendre les services offerts et reçus en rapport avec les besoins des personnes toxicomanes, vieillissantes et en situation de précarité à travers les espaces collectifs que constituent les organismes communautaires.

Trois objectifs spécifiques devront concourir à la réalisation de cet objectif général : 1) Décrire les services offerts aux toxicomanes vieillissants et en état de précarité par les organismes communautaires locaux ; 2) Définir les impacts de ces services sur la qualité de vie de ces toxicomanes dans leur milieu ; 3) Identifier les pratiques communautaires qui favorisent une meilleure insertion des toxicomanes vieillissant et en état de précarité.

2. Participation à la recherche

La participation à la recherche consiste à répondre aux différentes questions selon votre point de vue.

3. Confidentialité, anonymat ou diffusion des informations

Il est important que vous sachiez ce qu'il adviendra des informations que vous allez nous fournir.

Confidentialité : Les informations que vous allez nous donner seront tenues confidentielles. Pour cela un numéro de code sera attribué à votre dossier. Le chercheur sera le seul à y avoir accès. Les

données recueillies seront préservées dans un endroit sécuritaire et fermé à clé. Le chercheur s'assurera également que vous ne puissiez être identifiés de façon indirecte ou par recoupements. Les données que nous allons recueillir seront conservées pendant cinq ans et ne seront en aucun cas transmises à des personnes extérieures à la thèse ou à des organismes.

4. Avantages et inconvénients

En participant à cette recherche, vous pourrez contribuer à l'avancement des connaissances sur les pratiques des organismes communautaires face au vieillissement et à la précarité socioéconomique des personnes toxicomanes. Aussi votre participation à cette recherche ne vous expose à aucun risque ou inconvénient particulier.

5. Droit de retrait

Votre participation est entièrement volontaire. Vous êtes libre de vous retirer en tout temps par avis verbal, sans préjudice et sans devoir justifier votre décision. Si vous décidez de vous retirer de la recherche, vous pouvez communiquer avec le chercheur en tout temps. Si vous vous retirez de la recherche, les renseignements personnels et les données de recherche vous concernant et qui auront été recueillis au moment de votre retrait seront détruits.

6. Indemnité

Aucune compensation financière ne sera versée pour votre participation à la présente recherche.

B) Consentement

Je déclare avoir pris connaissance des informations ci-dessus, avoir obtenu les réponses à mes questions sur ma participation à la recherche et compris le but, la nature et les avantages de cette recherche.

Après réflexion et un délai raisonnable, je consens librement à prendre part à cette recherche. Je sais que je peux me retirer en tout temps sans préjudice et sans devoir justifier ma décision.

Signature : _____ Date : _____

Nom : _____ Prénom : _____

Je déclare avoir expliqué le but, la nature et les avantages de l'étude et avoir répondu au meilleur de ma connaissance aux questions posées.

Signature du chercheur : _____ Date : _____

(ou son représentant)

Nom : _____ Prénom : _____