



## Repenser la marginalité sociale

### L'accompagnement de personnes dites «marginalisées» par une équipe hors les murs

Baptiste Godrie, Aude Fournier, Christopher McAll

---

#### Résumé

Français / English

En s'appuyant sur une étude de cas réalisée en milieu urbain au Québec, cet article propose une réflexion sur le concept de populations marginalisées et sur les interventions qui leur sont adressées. Après une revue de la littérature sur les pratiques de proximité et l'intervention auprès de populations dites « marginalisées », nous faisons état de données empiriques recueillies au Québec auprès d'une équipe du réseau public de la santé et des services sociaux. En rejoignant les personnes dans leur milieu de vie, les intervenants de cette équipe sont eux-mêmes devenus à la marge des lieux habituels d'intervention.

Following a case study in urban areas in Quebec province dealing with the analysis of outreach practices developed by a team of public health and social services toward people called "marginalized", we analyze the "marginalization" faced by the latter by the institutions with which they have a weak link or no link at all. In the experience of this team, the workers themselves became "marginal", taking some distance away from the places where the services are usually provided and developing creative practices of social ties.

---

#### Entrées d'index

**Mots clés :** Marginalité sociale, pratiques de proximité, accompagnement, création de liens sociaux, effets de l'intervention

**Key words :** Social marginality, outreach practices, accompanying, creative practices of social ties, effects of intervention

---

## Texte intégral

Les politiques publiques et les programmes d'intervention en matière de santé et de services sociaux visent à mettre les personnes « au centre » de l'intervention, selon l'expression consacrée. Dans cette perspective, les personnes en situation de pauvreté sont souvent perçues comme des populations en marge du réseau public qu'il s'agirait de réintégrer. Mais que se passe-t-il pour les personnes dont les besoins, pour différentes raisons que nous allons évoquer, ne sont pas ou peu comblés par les interventions qui ont lieu dans les différents points de service du réseau de la santé et des services sociaux ? Les enjeux soulevés par ces personnes ont conduit à l'émergence de pratiques de proximité dites d' « *outreach* » qui se sont développées pour rejoindre et accompagner les populations dites « marginalisées » dans leurs milieux de vie (Denoncourt *et al.*, 2000 ; Baillergeau et Bellot, 2007 ; Hurtubise et Babin, 2010 ; Bureau et Sainsaulieu, 2012).

Dans les administrations publiques, la généralisation des pratiques de gestion telles que le *benchmarking* (Bruno et Didier, 2013), qui visent à évaluer les processus décisionnels et les interventions par le biais de mesures quantitatives, établissent une pression statistique et un gouvernement des chiffres d'une ampleur inédite (Chauvière, 2013 ; Ogien, 2013 ; Desrosières, 2014 ; Supiot, 2015). Nous verrons que l'accent sur l'évaluation chiffrée a tendance à fragiliser les interventions d'*outreach*, hors les murs et reposant sur des interactions informelles. Plus les intervenants sont proches de leur public et situent leurs interventions dans la perspective d'un accompagnement adapté aux besoins des personnes, plus il apparaît difficile pour eux de produire des données quantitatives. Pour le dire autrement, plus ils travaillent à la marge des institutions, plus leur action devient difficilement saisissable par les institutions et donc relativement invisible.

L'article s'appuie sur une recherche-action participative réalisée avec une équipe du réseau public de la santé et des services sociaux dans un contexte urbain au Québec qui a développé des pratiques d'*outreach* auprès de personnes en situation de pauvreté. Cette recherche-action participative visait alors à cerner l'impact de l'équipe sur les conditions de vie et le bien-être des personnes ayant bénéficié de ses services<sup>1</sup>. L'enquête de terrain s'est déroulée pendant 6 mois, durant lesquels nous avons accompagné, pour l'un d'entre nous à temps plein et, pour l'autre, à temps partiel, l'équipe dans son travail quotidien. Il s'agissait, d'une part, d'assurer une présence auprès des membres de l'équipe dans les locaux du centre de santé et de services sociaux dont ils dépendaient et, d'autre part, de les accompagner sur le terrain dans une douzaine de ressources communautaires à destination de personnes en situation de pauvreté (une soupe populaire, un organisme d'habitation sans but lucratif, des ressources d'aide pour

---

<sup>1</sup> Nous réalisons ici une analyse inédite de ces données recueillies il y a plusieurs années (Fournier *et al.*, 2007) et qui n'ont à ce jour fait l'objet d'aucune publication scientifique.

les personnes avec des problèmes de santé mentale ainsi qu'une caravane d'intervention mobile). Cette présence sur le terrain nous a permis de réaliser une quarantaine d'heures d'observation des interactions entre les intervenants (de l'équipe et de ces associations) et le public qui fréquentent ces ressources.

Nous avons échangé de manière informelle avec plusieurs dizaines de personnes à propos des raisons de leur présence dans ces ressources, mais également à propos de leur bien-être, loisirs et de leur rapport à l'équipe (degré de connaissance des intervenants, de leur mandat, utilisation ou non de leurs services et satisfaction le cas échéant). Parfois, plusieurs personnes étaient présentes à une même table et donnaient leur avis sur l'équipe, mais aussi plus généralement sur les services sociaux et de santé, et évoquaient les difficultés qu'elles vivaient dans l'accès à ces services. La durée de ces échanges était variable, de quelques minutes à une demi-heure. À ce matériel, s'ajoutent des entrevues qualitatives individuelles approfondies (d'une durée d'une heure trente) et enregistrées avec huit personnes présentant des profils variés, notamment en ce qui a trait aux problèmes qui les amenaient à rencontrer l'équipe (santé mentale, toxicomanie, itinérance), mais aussi en termes d'âge et de genre. Pour être éligibles, ces personnes devaient avoir rencontré l'équipe à au moins deux reprises dans la dernière année et être disposées à se faire enregistrer. Les personnes avaient le choix de réaliser ces entrevues à domicile ou directement sur place dans les ressources. Les entrevues individuelles réalisées avec ces personnes comprenaient deux parties. La première, de type semi-directif, avait pour but de comprendre en profondeur le déroulement des rencontres avec l'équipe, ce qui conduisaient les personnes à la fréquenter, ainsi qu'à comprendre les rapports qu'elles entretenaient avec les autres ressources qu'elles fréquentaient ou choisissaient de ne pas fréquenter (Poupart, 1997 ; Savoie-Zajc, 2009) ; la deuxième, de type récit de vie, dans laquelle les personnes étaient amenées à faire le récit de leur vie centré autour des conditions de vie et de santé (Bertaux, 2005 [1997]).

Des entrevues semi-dirigées ont également été menées avec les sept membres de l'équipe occupant des fonctions d'intervention (infirmières, travailleurs sociaux et organisateur communautaire) et de gestion. Les intervenants étaient invités à faire le récit des trois dernières interventions, ce qui nous a permis de recueillir un échantillon d'une quinzaine d'exemples d'intervention. Cette façon de faire offre l'avantage d'écarter le biais présent lorsque les intervenants choisissent les exemples qu'ils racontent, notamment dans un contexte où ils souhaitent mettre en avant les effets positifs de leur présence sur le terrain. Enfin, cinq entrevues avec des intervenants/responsables de ressources associatives dans lesquelles l'équipe intervenait ont permis de mieux cerner les raisons qui les avaient amenés à faire une place à l'équipe dans leurs locaux, la spécificité du suivi offert par les membres de l'équipe et le profil des personnes qui fréquentent ces ressources.

Ces entrevues visaient à comprendre la manière dont les personnes aidées existent dans le discours des intervenants de l'équipe, mais également à la manière dont ces intervenants

existent dans le discours des personnes (Anadon, 2006). Plutôt que de voir des individus isolés, les récits de vie font exister les personnes dans une multitude de rapports avec divers acteurs (amis, propriétaires de logement, parents, employeurs), dont les intervenants du réseau de la santé et des services sociaux, et permettent une compréhension fine de l'impact de l'équipe dans leur vie. L'entrevue de type récit de vie peut donner lieu à un témoignage plus libre que celui livré dans le cadre d'une intervention, notamment par le plus grand temps alloué et du fait que l'intervieweur n'occupe pas une fonction de gestionnaire ou d'intervenant au sein du réseau de la santé et des services sociaux et qu'il n'a donc pas de services ou de soins à offrir. Par ailleurs, compte tenu de l'appréciation globalement positive des services de l'équipe par les personnes, il ne faut pas sous-estimer le fait qu'elles se soient servies des entretiens comme une tribune pour défendre l'importance de ces services.

Après une revue de la littérature sur les pratiques de proximité et l'intervention auprès de populations dites « marginalisées », nous faisons, dans un deuxième temps, état de la manière dont ces personnes se définissent, de la place que les intervenants de l'équipe occupent dans leur vie et des transformations de l'équipe au contact des personnes qu'elle rencontre. Pour ce faire, nous décrivons le quotidien de personnes ayant ou ayant eu auparavant des contacts avec l'équipe d'intervenants, dans un troisième temps, de croiser leurs regards avec ceux des intervenants. En conclusion, nous analysons de quelle manière cette expérience est susceptible d'alimenter la réflexion sur le concept de populations marginalisées et la manière de concevoir les interventions publiques qui leur sont adressées. L'idée principale que nous souhaitons illustrer, dans l'expérience de cette équipe, est que ce sont les intervenants eux-mêmes qui sont devenus des « marginaux » en s'éloignant des lieux habituels où s'octroient les services et en développant un accompagnement créateur de liens sociaux. En acceptant de rejoindre les personnes dans leur milieu de vie, les intervenants de cette équipe ont pu occuper une place significative à leurs yeux, leur permettant d'obtenir des services personnalisés et auxquels elles n'auraient pas eu accès autrement, mais se mettant du même coup dans une position de relative fragilité vis-à-vis de leur établissement.

### **Proximité et accompagnement. L'intervention auprès des populations marginalisées**

Les réflexions sur les concepts de « marginalité » et d' « exclusion sociale » en lien avec celui de « prise en charge » institutionnelle des populations en situation de pauvreté occupent historiquement un pan important des recherches en sciences sociales. Dans leurs analyses du processus de désaffiliation et de disqualification sociale, Castel (1994) et Paugam (2004 [1991], 2005) théorisent les dimensions relationnelles des processus d'exclusion. Ce dernier inscrit son analyse constructiviste de la pauvreté dans la voie inaugurée par Simmel (1998[1908]) pour qui les personnes « pauvres », tout comme les personnes dites marginalisées, existent dans leur lien avec la société, notamment par le biais des rapports qu'elles entretiennent ou n'entretiennent pas avec les institutions et les programmes sociaux qui les ciblent et les construisent comme objets d'intervention. Les concepts de marginalité et d'exclusion et, plus récemment de

vulnérabilité sociale, sont au cœur des politiques sociales de lutte contre la pauvreté qui cherchent à mettre l'usager « au centre » des services (Messu, 2010). Ces politiques se heurtent à la difficulté de rejoindre des personnes situées à la périphérie des services publics auxquels elles ont droit, notamment parce qu'elles s'y excluent elles-mêmes en raison de la discrimination et de la stigmatisation qu'elles y subissent, mais aussi en raison de la pauvreté qui affecte leur capacité à se déplacer ou à prendre connaissance des services disponibles (Furtos, 2009 ; Warin, 2011, 2016).

La manière dont les systèmes de santé et de service sociaux « font exister » les personnes peut aussi être pensée en fonction de la « proximité » ou de la « distance » qui caractérise la relation entre l'intervenant et la personne qui fait l'objet de l'intervention. Plus l'intervenant s'approche du milieu de vie de la personne, plus il serait en mesure de rendre compte des réalités qu'elle vit sur les plans matériel et relationnel et de les prendre en compte dans sa pratique (McAll *et al.*, 1997). Les personnes qui ne sont connues que lors de rencontres ponctuelles en établissement (à l'occasion de cliniques sans rendez-vous, par exemple), auraient tendance à n'exister pour les intervenants que sous la forme du problème de santé qui fait l'objet de la visite. Dans ce dernier cas, le penchant à réduire les personnes à des « utilisatrices de services » gravitant autour du système et existant – quand elles traversent le seuil des établissements – en fonction de l'organisation de soins, renforcerait chez les intervenants une vision du monde fondée sur la centralité du système de soins et la marginalité des personnes vis-à-vis de ce système. Ces populations sont alors érigées en « groupes cibles », auxquels se greffent des priorités d'action, avec le risque que cela leur fait encourir en termes de stigmatisation et de marginalisation (Bourgeault, 2003). Quand il s'agit de populations dites « marginalisées » et qui, de surcroît, peuvent vivre de multiples problèmes de santé, on peut finir par se demander si le système de soins ne participe pas lui-même activement à la construction de cette marginalité.

Ce modèle de gestion hiérarchisé serait inapte à répondre aux besoins des populations aux prises avec des besoins sociaux et de santé complexes, comme c'est le cas des personnes sans domicile. Dupuis et Farinas (2009) observent que l'aide aux personnes sans domicile tend plutôt à s'organiser en modèles « organiques », c'est-à-dire faiblement formalisés, et dans lesquels l'organisation des services est pensée de pair avec le travail d'intervention. Ces modèles permettant l'ajustement progressif de l'action sur le terrain seraient plus adéquats et efficaces dans les services sociaux et de santé en général, et plus particulièrement, auprès des populations les plus marginalisées. Au Québec, le réseau communautaire a, depuis longtemps, essayé d'intervenir autrement auprès des populations faisant face à différents types de besoins. On peut identifier ce que LeGoff *et al.* (2005) ont appelé une approche communautaire « classique », fondée notamment sur la proximité avec les milieux de vie, sur la volonté de traiter la personne comme un « tout » plutôt qu'en fonction d'une seule dimension de ce qu'elle vit et sur la reconnaissance que le bien-être de la personne a des fondements relationnels autant que matériels. Le réseau de la santé et des services sociaux au Québec a été restructuré,

dès les années 1970, pour intégrer certains éléments de l'approche communautaire dans les centres locaux de services communautaires (CLSC), avec leur enracinement territorial et, dans certains cas, des services spéciaux adaptés aux besoins des populations locales. Avec la fusion de ces établissements sous la forme de Centres de santé et de services sociaux (CSSS) depuis 2004, puis sous la forme de Centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) depuis 2015, et les contraintes budgétaires et organisationnelles des dernières années<sup>2</sup>, l'identification première des personnes comme des « utilisatrices de services » semble, à la lumière de la vision du monde social centré sur le système de soins, prédominer.

Malgré cela, la littérature sur le travail de proximité fait état d'une transformation des pratiques d'intervention au contact de ces populations pas ou peu rejointes au sein des institutions (Denoncourt *et al.*, 2000 ; Baillergeau et Bellot, 2007). Ces transformations feraient partie d'une restructuration globale des institutions publiques suite au passage de l'État-providence à l'État réseaux, entre autres, sous la pression des nouveaux impératifs budgétaires et d'une gestion de type *management*, de la contestation de la légitimité de son action et de la complexité des phénomènes locaux appelant des réponses spécifiques (Genard, 2007 ; Bureau et Sainsaulieu, 2012 ; Trosa, 2013). Pour Bastien *et al.*, les pratiques de proximité qui se développent se « concrétisent dans l'altérité et de manière pragmatique en écho aux modes de vie des personnes ne pouvant se conformer aux exigences classiques de l'institution » (2007, p. 78). Les intervenants, qui partagent une proximité géographique, relationnelle ou expérientielle avec les personnes qu'ils rejoignent, tendraient à devenir, « à l'image de ceux qu'ils cherchent à aider, des *outsiders* » (p. 81), afin que l'action puisse mieux prendre en compte leurs besoins et leur contexte de vie. Drulhe et ses collègues ont également documenté différentes pratiques de proximité dans lesquelles le « créneau » de l'action prend forme « par ajustements successifs des espaces et des actions en fonction des personnes qu'elles attirent et, par conséquent, selon les "rejets" et les "demandes" de ces personnes : ainsi les référentiels de l'action ne sont pas déterminés *a priori*, mais de façon pragmatique en tenant compte du point de vue des usagers potentiels (Drulhe *et al.*, 2001, p. 162). Cette façon d'intervenir est désignée dans la littérature sur l'intervention sociale par le terme d'« accompagnement » (Laurin, 2001 ; Gagnon *et al.*, 2011) qui est décrit comme un « art de l'ajustement », reposant sur l'intuition et l'improvisation (Helson, 2009) et sur l'établissement de relations chaleureuses et égalitaires (Gagnon, 2009). L'accompagnement, qui s'établit dans une relation informelle, semble, selon nous,, une façon particulièrement intéressante de répondre aux besoins des personnes marginalisées par l'intervention dans les murs des institutions du réseau de la santé et des services sociaux.

---

<sup>2</sup> On peut ici se référer aux analyses qui mettent en avant l'impact de la *Nouvelle gestion publique* sur les services publics à la suite de l'introduction de mécanismes systématiques de reddition de comptes, de cibles à atteindre et de multiplication d'indicateurs d'efficacité (Fortier, 2010).

C'est ce que nous souhaitons, du moins, examiner en portant notre attention sur l'expérience d'une équipe d'intervenants. Lors de sa naissance, en 2001, cette équipe du réseau public de la santé et des services sociaux souhaitait rejoindre ces personnes dites « itinérantes ou à risque de le devenir », mais également agir en amont de la perte du domicile, de manière à stabiliser les conditions de vie des personnes en situation de précarité et éviter qu'elles ne se retrouvent à la rue. Pour ce faire, elle s'est inspirée du modèle de *reaching out* développé par l'Équipe itinérance de Montréal (McKeown et Plante, 2000 ; Denoncourt *et al.*, 2000), qui vise à rejoindre les personnes là où elles se trouvent pour les aider à satisfaire leurs besoins. La nouvelle équipe, composée d'infirmières et de travailleurs sociaux, a donc tissé un certain nombre de partenariats avec des ressources spécialisées en santé mentale, des soupes populaires, des motels, des habitations à loyers modiques et une ressource mobile d'intervention dans une perspective de réduction des méfaits. Elle souhaitait ainsi rejoindre une gamme des personnes identifiées comme présentant un « risque » d'itinérance, notamment des personnes avec un problème de santé mentale ou de toxicomanie, des jeunes adultes sortant d'institutions, des femmes en difficulté, des personnes sortant de prison ou d'hôpitaux psychiatriques et des « chambreurs ». Qu'en est-il exactement de ces personnes et de leur situation lorsqu'elles rencontrent l'équipe ?

### **Comblant un vide. Le discours des personnes rencontrées par l'équipe**

Les personnes rencontrées par l'équipe vivent toutes en situation de pauvreté – qu'elles reçoivent des prestations de l'aide sociale, soient au chômage ou aient un emploi précaire – et ont subi ou subissent encore des rapports qui les maintiennent à la marge ou à l'extérieur de différents espaces sociaux.

*« J'ai tout perdu »*

Plusieurs évoquent leur parcours comme une expérience de refoulement et de mise à l'écart suite à divers événements. Les expériences répétées de violence conjugale ont peu à peu enfermé Catherine<sup>3</sup> dans un monde fait de consommation et de peur, aboutissant à la perte de son emploi à la suite d'une arrestation sur la route en état d'ébriété : « J'ai perdu mon emploi (...) j'ai tout perdu. Il y avait une faille dans mon système ». Elle dit alors être « tombée » dans un cycle de consommation-prostitution-itinérance et contracte le virus de l'hépatite C. Elle souhaite pouvoir redevenir camionneuse, alors qu'aujourd'hui, elle existe d'abord en tant que « toxicomane ».

Pour plusieurs, le refoulement à la marge ou l'exclusion de certaines sphères de la vie (notamment, du monde du travail) survient en lien avec le développement de problèmes de santé mentale, eux-mêmes parfois évoqués en rapport avec les conditions de travail ou diverses expériences qui « rendent malades ». Il y a vingt ans, Denis raconte un épisode d'hospitalisation

---

<sup>3</sup> Les noms utilisés dans cet article sont fictifs.

qui a été déterminant dans la suite de son parcours. Il soutient qu'il a été traité en « santé mentale », alors que son problème relevait de la santé physique : « Ils m'ont soigné pendant soixante jours à l'intérieur des murs [du département de psychiatrie d'un hôpital montréalais], ils m'ont bourré de médicaments. » Ses problèmes mentaux commencent, selon lui, à sa sortie en raison du sevrage des médicaments qui le rendaient « confus ». On diagnostique alors chez lui un problème de schizophrénie, puis il quitte son emploi et traverse une période de perte de stabilité : « J'étais un peu désorganisé quand je suis arrivé du foyer. Je n'avais plus de ménage, je n'avais plus rien (...) ». Il habite désormais dans un logement communautaire, dont il est membre du CA, et organise des activités sociales avec les résidents. André se considère, quant à lui, avant tout comme un homme « marginal », que ce soit par son histoire de vie, les choix qu'il fait ou par son mode de vie qui indispose les autres citoyens. Il a vécu dans l'Ouest du Canada, travaillant de ses mains dans des métiers difficiles. Il se définit comme un « alcoolique » qui aime vivre en solitaire sans qu'on lui dicte ce qu'il a à faire. Lors de l'entretien, il vit dans la rue suite à son exclusion d'une maison de chambres dans laquelle il a vécu deux mois. Il ne s'y sentait pas apprécié et n'aimait pas les règlements contraignants qui l'obligeaient à ne pas y consommer de l'alcool alors qu'il ne voit rien de mal à cela.

Ces personnes sont à la recherche d'espaces dans lesquels elles peuvent exister à part entière, être elles-mêmes, ne pas se sentir jugées ou marginalisées, et « rebâtir quelque chose de neuf » autour d'elles. Pour plusieurs, cela passe d'abord par la construction d'un chez soi où elles se sentent bien, comme en témoigne Caroline. Celle-ci se réjouit d'avoir enfin trouvé un logement qui lui convient dans un organisme sans but lucratif (OSBL) d'habitation, dont le loyer peu élevé lui permet d'avoir un budget moins serré et de se procurer des petits « luxes » auxquels elle n'avait pas accès auparavant. D'autres recherchent plutôt des espaces qui permettent de sortir de l'isolement de leur logement (qui, à la longue, risque de faire « péter les plombs ») ou des rapports négatifs qui y sont associés (par exemple, des voisins qui consomment et vendent de la drogue). En l'absence d'un logement, dans le cas d'André, c'est le café situé dans la galerie d'un centre commercial qui représente cet espace d'interaction, un lieu pour échanger, raconter son vécu aux autres et apprendre avec eux toutes sortes de choses sur la vie. C'est un lieu dans lequel il se sent moins marginal, n'étant pas soumis aux rapports de contrôle avec la police qu'il vit lorsqu'il est dans la rue et aux rapports méfiants et dévalorisants du propriétaire de la maison de chambres qu'il habitait.

Ainsi, si le récit de ces personnes s'articule autour de rapports et d'espaces d'exclusion ou de marginalisation, il est également fait de rapports et d'espaces dans lesquels elles ont le sentiment d'être au « centre » de l'action et d'être reconnues comme des personnes à part entière. Ces derniers sont ceux auxquels elles s'accrochent pour maintenir ou améliorer leur bien-être.

*Réduit « à ses limites »*

Les personnes rencontrées ont, pour la plupart, des problèmes de santé qui requièrent un suivi ou, du moins, une vigilance particulière en plus des services de l'équipe. Loin d'être accompagnées, les personnes sont « prises en charge » par les institutions. Certaines d'entre elles se heurtent à des délais d'attente pour recevoir des services, à la complexité des démarches, aux portes qui se ferment définitivement lorsqu'elles manquent des rendez-vous à répétition en raison de problèmes de consommation, à la rigidité de services standardisés, ou enfin, au fait que certains de leurs besoins ne sont pas pris en compte, comme celui de parler ou d'être avec quelqu'un. Par exemple, en raison de sa consommation, Catherine manquait ses rendez-vous avec des médecins ou les décommandait à la dernière minute. Ces derniers lui ont progressivement fermé les portes de leurs cabinets.

Dans ce qui est rapporté par les personnes, tout se passe comme si les intervenants rencontrés ne s'occupaient que de la santé au sens strict, sans avoir le temps de se préoccuper du bien-être de la personne : « Même si j'ai un médecin, il n'a pas le temps de parler d'insomnie et de trucs pour mieux dormir. Le médecin, ça ne l'intéresse pas vraiment de savoir notre vie de ce côté-là. Il faut avoir des problèmes précis. » Ce sentiment d'être toujours dans l'urgence face aux spécialistes (« Ils vous poussent souvent. ») conduit Denis à reporter ses questions au prochain rendez-vous, souvent distant de plusieurs mois, à minimiser, voire à « oublier » sa demande (« Je ne lui en ai pas reparlé et j'ai oublié lors de ma dernière visite »), entraînant, possiblement, une aggravation de certains problèmes. L'aspect anonyme du réseau public de santé, qualifié de « machine », avec ses démarches complexes (« Il y en a qui sont pris avec les papiers du gouvernement »), conduit certaines personnes à ne plus faire valoir leurs droits ou à ne plus faire appel à certains services, ce qui rejoint certains constats établis ailleurs (Warin, 2016).

Ces services renvoient également des personnes à leurs propres limites, surtout dans le domaine de la santé mentale où certains psychiatres feraient fi des aspirations des personnes, entretenant un manque de confiance en elles et une peur de changer leur situation : « Les psychiatres n'arrêtent pas de te parler de tes limites, de tes limites, puis de tes limites. Donc, à un moment donné, tu te sens tellement limitée que tu as peur. » Ces témoignages ne mettent pas tant en cause la compétence des acteurs du réseau qu'ils attirent l'attention sur le sentiment des personnes interrogées de ne pas y avoir leur place, d'être mises sous pression, de ne pas être considérées autrement que comme un « numéro » (« Me faire traiter comme un numéro, oublie ça »), en somme, de ne pas avoir d'importance. C'est particulièrement présent dans le cas d'Hugo, dont les problèmes cardiaques et de diabète se seraient aggravés à la suite de « mauvais traitements ». Ces rapports témoignent de luttes permanentes pour être reconnu, pour être traité dignement, et pour que sa parole et la connaissance de son corps et de ses besoins soient prises en compte.

*« J'ai trouvé ça bien qu'ils soient là »*

Lors de l'enquête, l'équipe d'intervention tenait des « cliniques biopsychosociales » à une fréquence régulière dans douze lieux, principalement des ressources communautaires, mais également dans certains espaces privés (le café d'un centre commercial, des motels). En offrant des cliniques biopsychosociales dans les milieux de vie des personnes, ses interventions visent à répondre à certains de leurs besoins mais, avant tout, à leur garantir une accessibilité aux divers services auxquels elles ont droit. Comment cette équipe apparaît-elle dans ces vies racontées ?

Catherine a rencontré les membres de l'équipe itinérante dans la caravane mobile d'un organisme de réduction des méfaits de la toxicomanie. Suite aux premières rencontres durant lesquelles elle se montre distante, elle développe progressivement un rapport privilégié avec les membres de l'équipe, qui ont su prendre leur temps et la « laisser parler » : « J'étais froide avec eux autres. (...) Je rentrais, je prenais mes affaires [les pipes de crack et les préservatifs], je faisais prendre ma tension et je m'en allais. » C'est à eux qu'elle parle pour la première fois de ses problèmes et de sa volonté de s'en sortir : « Je ne parlais pas vraiment à personne d'autre de ma condition. J'ai trouvé ça bien qu'ils soient là, même si c'est un geste pour prendre ma tension. (...) je les ai sentis comme des amis. » Elle estime aujourd'hui être « rendue à la fin du parcours », en partie grâce à l'accompagnement de l'équipe pendant un an et demi en collaboration avec d'autres organismes afin de la soutenir dans ses démarches. À propos de l'équipe, Catherine ne parle pas d'intervention, mais de « présence » et de « soutien ». Dans sa description de l'équipe, les actes médicaux ne sont pas centraux. Elle parle d' « attention », de petits « gestes » qui ne sont « pas grand-chose » mais qui ont été déterminants dans son cas. Parfois, ce qui peut paraître le plus banal au regard des critères de l'institution, peut avoir le plus d'impact sur les personnes, ainsi qu'en témoigne une autre personne : « Des fois, tu ne les utilises même pas [les services de l'équipe], mais de savoir qu'ils sont là, des fois, c'est toi qui réponds toi-même à tes questions. Mais des fois, tu te dis "Ah, tiens, je vais en parler à [l'infirmière], je me demande quelque chose." »

Ces exemples font écho à d'autres récits dans lesquels l'action de l'équipe se caractérise par une reconnaissance globale de l'autre (« Elle est venue pour moi. »), de son vécu (se sentir « compris »), de ses aspirations et des connaissances qu'il possède sur ce qu'il vit<sup>4</sup>. Les intervenants ne limitent pas leur action à des dimensions matérielles ou de santé physique et les personnes peuvent y exister dans leur globalité<sup>5</sup>. Les rapports développés avec l'équipe sont placés sous le signe du plaisir et de l'affectivité, comme en témoigne un homme qui « se sent vivre » au contact des intervenants et se laisse aller à ses émotions avec eux : « On se dit bonjour, on jase un petit peu. Parfois on rit. Des fois je ris, des fois je pleure. »

---

<sup>4</sup> Ces dimensions – qui reposent sur la confiance, l'écoute et la réciprocité – font écho à celles repérées par les théoriciens de la reconnaissance sociale tels que Renault (2004) et Honneth (2006).

<sup>5</sup> Par opposition, les personnes ressentent un certain éclatement de l'existence face aux différents intervenants qu'ils rencontrent comme l'illustre ce propos : « J'ai plusieurs médecins parce que j'ai plusieurs maladies ».

L'équipe se caractérise également par une présence dans des milieux de vie significatifs aux yeux des personnes. Caroline rencontre les intervenants de l'équipe itinérante trois fois par mois dans la salle commune des habitations où elle réside, durant les déjeuners communautaires. Les services qu'elle reçoit (prise de tension à chaque visite, établissement des courbes des taux de diabète, pansement des plaies aux pieds) sont appréciés, car ils sont gratuits, personnalisés et lui évitent d'avoir à se déplacer. Par leur proximité et leur présence régulière, les membres de l'équipe calment les angoisses (« C'était un vide qu'il y avait. On n'était plus porté à appeler le docteur »), encouragent à consulter tel ou tel service et facilitent le cheminement des personnes dans le réseau en référant à d'autres intervenants. Les membres de l'équipe favorisent des relations et un mode d'entraide durables entre les résidents d'un logement social qui se parlent davantage entre eux, même lorsqu'ils ne sont pas présents : « Elle [l'infirmière] nous fait parler entre voisins, ceux qui ont à peu près les mêmes maladies, comment aider l'autre. Elle ouvre les portes pour que le monde s'aide ».

Au-delà de la qualité des liens établis, l'impact de l'équipe sur la santé physique et mentale des personnes est également tangible, selon les témoignages. Il peut s'agir, par exemple, d'une personne qui attribue la baisse du nombre de ses hospitalisations à la fréquentation de l'équipe ou d'une personne qui perd du poids et retrouve une meilleure forme physique ainsi qu'une image positive d'elle-même après avoir reçu des conseils en matière d'alimentation.

### **Un accompagnement créateur de liens. Le discours des intervenants**

Déplaçons-nous maintenant du côté des intervenants de cette équipe. L'équipe a, au fil du temps, non seulement rejoint des personnes sans domicile, mais également une multitude de personnes avec des profils variés (par exemple, des personnes toxicomanes, victimes de violence conjugale, avec des revenus précaires), dont les besoins n'étaient pas comblés par le réseau de la santé et des services sociaux : « Des personnes me disent : "Je ne suis pas itinérante, puis je n'en ai pas de médecin et je n'ai aucune idée comment en trouver parce qu'il n'y en a pas de disponible." »

#### *Porte d'entrée*

L'équipe rapporte, dans ses bilans annuels, les interventions suivantes : sensibiliser un propriétaire de maison de chambres à la maladie d'un résident pour éviter son expulsion ; aider un parent à entretenir sa relation avec son enfant atteint d'une maladie mentale ; référer un homme séparé en désintoxication pour qu'il puisse revoir sa fille, ou encore, aider un homme âgé vivant des épisodes d'itinérance à prendre son traitement. Un intervenant témoigne de sa dernière rencontre avec un homme qui fréquente l'équipe de manière « régulière », soit une fois toutes les trois semaines. Il est inscrit dans le réseau de santé, avec un suivi en psychiatrie et auprès d'une équipe spécialisée en déficience intellectuelle, mais ne respecte pas la posologie de son traitement. Selon l'intervenant, son rôle consiste à donner des conseils

pratiques concernant le traitement (l'usage de dosettes, le rappel et l'organisation des heures de prise des médicaments) et à offrir une écoute avec le moins de limite de temps possible. En dépit de rencontres fréquentes avec la personne, l'intervenant n'identifie pas sa pratique à un suivi, mais plutôt à un accueil : « Il vient nous dire bonjour, puis il a besoin, je pense, d'attention, de contact, de chaleur. Il va toujours nous embrasser en arrivant et en partant, puis, il veut toujours faire prendre sa tension, prendre sa glycémie, même s'il n'a pas de problèmes. »

Une infirmière de l'équipe se distancie d'une logique d' « intervention » et de référence des personnes vers le réseau institutionnel, pour s'inscrire dans une logique d'« accueil » :

Je vois une différence entre accueil et intervention. L'intervention, c'est dans notre jargon à nous (...) : on ouvre un dossier, on a une demande précise, on fait un suivi. Tandis que l'accueil, c'est bien simple, c'est une présence. Ça va passer par « Comment ça va ? » « Il neige, il pleut. » De façon informelle, je vais demander « Voulez-vous prendre votre pression ? » (...) J'attends qu'ils m'ouvrent une porte.

L'intervention se définit, d'après elle, comme une réponse à une demande précise qui respecte les critères d'une institution, caractérisée par l'ouverture d'un dossier et la mise en place d'un suivi planifié. Comme l'accompagnement décrit précédemment, l'accueil consiste plutôt à bâtir, au rythme de la personne, un climat de confiance propice à l'expression de ses besoins et à la formulation d'une demande de services : « C'est sûr que l'action principale, c'est quand même de l'écoute, de créer la meilleure relation possible avec ces gens-là, une relation de confiance pour que si, à un moment donné, ils ont besoin de quelque chose et qu'ils ont envie de faire une démarche, ils vont nous trouver. »

Les enjeux de santé physique des personnes servent généralement de porte d'entrée pour aborder d'autres difficultés : « Il y a beaucoup de choses qui sont faites juste par prise de tension artérielle : "T'es stressé, qu'est-ce qui se passe ?" Donc là, tu te sers de la pression pour entrer dans d'autres choses... "Ah, je me suis fait couper [de mon chèque de prestations d'aide sociale]", "Il y a quelqu'un qui est mort", "J'ai re-consommé", "J'ai telle problématique", "Ça marche pas". » La présence continue de l'équipe favorise l'émergence de demandes qui, autrement, ne seraient peut-être pas formulées et permettant parfois une action préventive susceptible d'éviter la dégradation de certaines situations (par exemple, l'intervention auprès d'un propriétaire de logement qui évite l'expulsion d'un locataire). Dans plusieurs cas, l'équipe dit « rattacher du concret » à leurs angoisses afin que les personnes aient davantage d'emprise sur leur situation. La clarification des demandes et des besoins des personnes est présentée comme un préalable crucial à la relation qui s'établit. Une infirmière de l'équipe observe qu'une meilleure compréhension de leur santé ou de leur maladie permet une plus grande assiduité dans la prise des traitements ainsi qu'une meilleure gestion du stress qui peut se traduire par une baisse de fréquence des visites à l'urgence, voire une baisse du traitement. Dans plusieurs

cas, la présence régulière des intervenants de l'équipe dans les milieux de vie des personnes et la stabilité du personnel semblent favorables à la création d'un lien de confiance, à la satisfaction de besoins de santé, à l'accompagnement des personnes dans leur rétablissement ainsi qu'à leur soutien dans les projets qu'elles portent.

### *Créer des ponts*

D'ordinaire, la simple référence des personnes à des professionnels du réseau se solde souvent par un échec, ces dernières ne se sentant pas comprises, respectées ou subissant de la stigmatisation et des exclusions à répétition, ce que déplore un membre de l'équipe : « Lorsque tu amènes quelqu'un à l'hôpital pour la énième fois, par exemple, en psychiatrie, et que la personne, vingt-quatre heures après, on la retrouve dehors, pas plus soignée, pas de suivi, ces choses-là... » Les intervenants sont ainsi conduits à négocier aux personnes un parcours au sein du réseau de la santé et des services sociaux, notamment lorsque les besoins dépassent les compétences de l'équipe et nécessitent un suivi d'un autre ordre<sup>6</sup>. Il peut aussi s'agir, par exemple, d'outiller les personnes pour qu'elles arrivent mieux préparées aux consultations avec leur médecin, ce qui vient équilibrer les rapports de pouvoir avec les professionnels de la santé et des services sociaux.

La population rencontrée par les intervenants de l'équipe est décrite par l'un d'eux comme étant dans une « zone grise », dans l'angle mort du réseau de services pour différentes raisons, dont les difficultés de transport, le manque d'argent et/ou d'information sur les services, le contact anonyme et rigide dans les établissements de santé et la stigmatisation qu'elles peuvent subir de la part de divers professionnels. La rigidité des critères d'accès aux services est également centrale dans les propos, comme en témoigne une travailleuse sociale de l'équipe à propos d'une personne dont la situation ne cadrerait pas avec les différentes ressources auxquelles elle s'adressait, contribuant à renforcer son isolement :

En psychiatrie, ils vont dire « bien non madame, vous n'avez pas de maladie mentale comme telle ». (...) La ressource, ça ne *fitait* [correspondait] pas nécessairement, ce n'était pas une madame pour [X, une ressource]. Pour [Y, une autre ressource d'urgence], elle n'avait pas de revenu. Ça fait que c'est tout ça à un moment donné. T'as plus de point de référence parce que tu n'as plus de contact avec sa famille. Son réseau social, c'est très restreint, parce que madame, avant de prendre son traitement, elle était toujours souffrante, toujours en plainte, donc personne ne voulait s'approcher de cette personne et être ami avec elle. Donc c'est là que le trou se creuse, puis que tu tombes dedans...

---

<sup>6</sup> Paradoxalement, alors que ces personnes ne peuvent pas être identifiées, dans l'ensemble, à la catégorie de « personnes itinérantes » au sens de « sans domicile », elles se trouvent transformées en « itinérantes » par un système qui les renvoie de ressource en ressource (des centres de santé de première ligne à l'hôpital en passant par les autres ressources gouvernementales et communautaires), sans pour autant offrir de réponses adéquates à leurs besoins.

Cette dame subissait de la violence conjugale de la part de l'homme avec lequel elle vivait. Lorsqu'elle s'est décidée à quitter son logement, elle s'est retrouvée dans une situation fragile et a été amenée à côtoyer l'équipe, qui a mobilisé les « moyens du bord » pour arriver à créer un « réseau » d'aide autour d'elle et stabiliser sa situation. Ils l'ont accompagnée dans ses démarches de demande d'aide sociale de manière à ce qu'elle reçoive un revenu de subsistance tout en la mettant en contact avec différentes ressources d'aide pour se reloger et obtenir un soutien alimentaire. Aujourd'hui, alors qu'elle n'est plus en situation de précarité résidentielle, elle maintient le contact avec l'équipe : « c'est des gens qui veulent quand même garder contact avec toi, parce que t'es comme important pour eux autres, puis tu ne t'en vas pas. Ça fait deux ans, puis toi, tu n'es pas parti. Tu ne l'as pas *dompée* [laissée tomber]. »

Pour mener à bien son travail, l'équipe crée des ponts (qualifiés de « voies d'accès ») avec le réseau et, par la suite, accompagne les personnes dans le système pour qu'elles puissent développer un réseau d'aide professionnel fondé sur la confiance et exister dans des espaces où elles ne sont pas toujours reconnues : « c'est de les défendre un peu lorsqu'ils doivent faire affaire avec des services (...) de transmettre l'information, puis de dire, voilà ce qui se passe avec cette personne-là, voilà c'est quoi le problème et là, vous ne l'avez pas soignée, puis vous la *garochez* [jetez] dehors. » Par la souplesse de son action et sa présence dans des milieux de vie significatifs pour les personnes, l'équipe est parvenue à développer au fil du temps un climat favorable à la formulation de demandes et au partage d'expériences vécues en lien avec leur santé et bien-être, qui ne trouvent pas nécessairement de réception dans le réseau classique. Elle parvient aussi à rejoindre des personnes qui y sont inscrites qui se situent à l'extérieur de celui-ci, qui ne reçoivent pas les services dont elles auraient besoin et auxquels elles ont droit.

### *Autonomie ambiguë*

L'autonomie importante dont les intervenants disposent dans la définition de leurs pratiques permet une approche davantage « négociée » et sur mesure avec les personnes : « Il n'y a pas personne qui est là pour nous mettre des bâtons dans les roues. On est assez autonome, puis ça, j'aime beaucoup ça. La pleine autonomie dans ce qu'on fait et dans ce qu'on veut développer. » Sur le terrain, les intervenants ont adapté le cadre normatif d'intervention qui avait cours dans leur établissement. À la fin de chaque clinique tenue dans les ressources, les membres de l'équipe remplissent une fiche de leurs interventions, dans laquelle ils consignent des renseignements tels que l'âge, le sexe et le profil de la personne, ainsi que les actes qu'ils effectuent. Ces fiches sont anonymes et, sauf dans les cas nécessitant un suivi approfondi et une référence dans le réseau, l'équipe ne tient pas de dossiers. Cette façon de faire reflète l'importance du respect des règles de confidentialité de certaines ressources et la réalité de certaines personnes, qui se promènent de ressources en ressources, et se sentent plus à l'aise avec un suivi informel sans rendez-vous et dans les milieux de vie.

L'absence de dossiers est également motivée par la nature même de la demande des personnes, qui pourrait être qualifiée de « non-demande » du point de vue de l'intervention,

dans le cas de personnes qui viennent parler, prendre un café, demander des nouvelles ou se libérer de la pression qu'ils subissent au travail. Ces fiches sont en revanche inutiles pour les institutions de santé qui évaluent la qualité des interventions et des programmes d'après une liste de critères formels et quantitatifs. La difficulté à mettre en avant l'impact de l'équipe sur le bien-être des personnes qu'elle fréquente avec les critères classiques d'évaluation produit un malaise auprès des intervenants, qui ont le sentiment de ne pas être reconnus pour ce qu'ils font. En l'espèce, l'absence d'un financement récurrent de l'équipe affecte la qualité de sa pratique, entraînant notamment un roulement important des intervenants, leur présence à temps partiel (préférant maintenir un temps partiel dans une équipe pourvue d'un financement stable) et une certaine « démotivation ». L'autonomie de l'équipe apparaît ainsi ambiguë : d'une part, elle permet de mieux coller aux réalités du terrain et, d'autre part, elle produit une certaine précarité de ses intervenants en mal de reconnaissance de la part de leur établissement.

### **Conclusion : Redessiner les frontières de la marginalité**

Notre analyse souligne la nécessité de mieux articuler les notions de centre et de marge dans la littérature sur l'intervention publique de proximité. Quatre constats se dégagent particulièrement de celle-ci. Premièrement, l'action sur le terrain dans des lieux de vie a fait naître un public jusque-là occulté, exclu ou stigmatisé par le réseau de la santé et des services sociaux de cette région. Le contact avec ces populations met à nu les failles d'un système qui prétend agir pour tous, mais qui peut, malgré lui, contribuer à la reproduction d'inégalités sociales. Les termes mobilisés par les personnes pour exprimer leur expérience dans le réseau institutionnel traduisent des rapports de « marginalisation » (Paugam, 2004 [1991]) dans lesquels elles n'existent plus comme des personnes à part entière, mais en périphérie de leur propre vie et réduites, aux yeux d'autrui, à leurs difficultés et à leurs manques (Bourgeault, 2003). Face à cette mise à la marge de populations qui ne rentrent pas dans les catégories administratives existantes qui fragmentent les personnes en fonction des problèmes qu'elles rencontrent (itinérance, toxicomanie, santé mentale), l'équipe offre une approche souple et « créatrice de liens ». En étant située hors les murs et en déjouant les silos d'intervention institutionnels, elle rejoint des personnes qui se situent dans les « zones grises » du réseau de la santé et des services sociaux.

Deuxièmement, par son action, l'équipe contribue à redessiner les frontières de la marginalité. Pour s'adapter aux populations exclues ou à la marge du réseau de la santé et des services sociaux, c'est l'équipe elle-même qui a été amenée à se faire « itinérante », à « l'image de celles qu'elles cherchent à aider » selon l'expression déjà rapportée de Bastien *et al.* (2007). En s'éloignant des lieux habituels où se donnent les services, les intervenants sont accueillis dans des lieux où « quelque chose de l'ordre de la vie collective peut se réaliser », comme l'évoquent Drulhe *et al.* (2001, p. 172). Ce faisant, les personnes recevant les services de l'équipe ne sont plus perçues comme « marginales » (par rapport aux services) ou comme de simples figurantes dans une mise en scène centrée autour des établissements de soins comme c'est le cas dans la

tradition d'analyse initiée par Simmel. En se situant à la marge des espaces institutionnels conventionnels, ce sont plutôt les intervenants qui deviennent des acteurs périphériques dans la vie des personnes qui sont, quant à elles, mises au centre. Cette position n'enlève rien à leur pertinence ou à leur présence significative dans la vie des personnes, mais reflète la place rarement centrale qu'ils occupent dans les vies racontées<sup>7</sup> qui sont ponctuées d'une multitude d'autres rapports sociaux qui peuvent aller dans le sens de l'action de l'équipe, mais également agir en sens contraire.

Troisièmement, l'action de l'équipe offre un exemple d'accompagnement personnalisé des populations porteur de reconnaissance. Plutôt que de chercher à faire rentrer les personnes dans les « cases » d'un réseau qui tend à les marginaliser, les intervenants ont développé des pratiques plus « organiques » (Dupuis et Farinas, 2009) et adaptées aux réalités observées sur le terrain. La présence dans les milieux de vie des personnes, le type de suivi mis en place (non intrusif, sans dossier, informel) et le fonctionnement en dehors du cadre normatif de l'intervention des centres de santé et de services sociaux apparaissent favorables à l'établissement d'un lien avec des personnes dont les besoins ne correspondent pas (ou partiellement) aux critères de certains programmes institutionnels. Pour certaines personnes, la présence respectueuse peut devenir un des éléments centraux d'une reconnaissance sociale rassurante qui est, au demeurant, mise en cause par d'autres acteurs. Grâce aux références, à la sensibilisation des acteurs du réseau, à son rôle de défense des droits et à sa participation au projet de vie des personnes, l'équipe transforme non seulement le rapport des personnes au réseau de la santé – favorisant ainsi l'établissement de relations porteuses de mieux-être et de reconnaissance – mais semble participer à la transformation des institutions elles-mêmes. En contribuant à briser l'alternative suivante à laquelle les personnes sont confrontées : s'adapter à des services qui ne leur conviennent pas ou se tenir en périphérie et utiliser les ressources communautaires, l'équipe fait le pari qu'il est possible de créer des parcours personnalisés au sein même du réseau de la santé et des services sociaux. Dans la mesure où il est reconnu à sa juste valeur par les établissements, ce type d'action peut jouer un rôle-clé pour faire évoluer la structure de services de manière à ce qu'elle soit mieux adaptée aux populations les plus susceptibles de vivre des rapports inégalitaires. Pour reprendre les termes de Castoriadis (1975), c'est alors que ce qui pouvait être vu précédemment comme une « société au service de ses institutions » peut devenir un « ensemble d'institutions au service de la société ».

Ces réflexions ne sont pas sans susciter des interrogations sur les limites d'une reconnaissance sociale qui passerait uniquement par les institutions de santé et de services sociaux quand, dans le même temps, des groupes plus aisés de la population ont une reconnaissance en dehors des institutions. À notre sens, l'accompagnement porteur de reconnaissance dont l'équipe offre un exemple ne doit pas se substituer à un programme politique plus vaste de réduction des inégalités socio-économiques. Également, cet accompagnement doit également être le plus

---

<sup>7</sup> Dans le meilleur des cas, les rencontres avec les intervenants de l'équipe durent une heure toutes les deux à trois semaines.

respectueux possible de la vie privée des personnes et temporaire, le temps qu'elles puissent retrouver un statut social ou des relations leur permettant d'accéder à d'autres formes de reconnaissance sociale.

Quatrième et dernier constat : malgré un apport qui apparaît bénéfique à bien des égards pour les personnes approchées par l'équipe, il semble que ce type d'intervention soit de plus en plus menacé dans l'organisation actuelle des services au Québec. Le contexte d'évaluation de l'efficacité des interventions du réseau de la santé et des services sociaux, peut nuire à la mise en évidence de l'impact des pratiques « hors cadre », chaleureuses et fondées sur des échanges informels auprès des personnes. Le caractère « frontalier » des équipes (avec un pied dans le réseau, et un autre dans le milieu de vie des personnes), ainsi que leur approche large du bien-être des personnes, fondent les conditions de leur succès autant que les causes de leur précarité au sein d'établissements centrés sur une conception restreinte des besoins des personnes et demandeurs de preuves de leur efficacité.

---

## Bibliographie

Anadon M., 2006, « La recherche dite 'qualitative' : de la dynamique de son évolution aux acquis indéniables et aux questionnements présents », *Recherches qualitatives*, vol. 26, n° 1, p. 5-31.

Baillergeau E. et Bellot C. (dir.), 2007, *Les transformations de l'intervention sociale. Entre innovation et gestion des nouvelles vulnérabilités ?*, Montréal, Presses de l'Université du Québec.

Bastien R., Raynault M.-F., Battaglini A., Frigault L.-R., M.-È. Bouthillier, Larose G. et Besse M., 2007, « Travail de proximité. Matière à penser le social, la prévention et le politique », in Baillergeau E. et Bellot C. (dir.), *Les transformations de l'intervention sociale. Entre innovation et gestion des nouvelles vulnérabilités ?*, Montréal, Presses de l'Université du Québec, p. 73-96.

Berlivet L., 2001, « Déchiffrer la maladie », in Dozon J.-P. et Fassin D. (dir.), *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique*, Paris, Éditions Balland, p. 75-102.

Bertaux D., 2005 [1997], *Les récits de vie. Perspective ethnosociologique*, Paris, éd. Nathan.

Bourgeault G., 2003, « L'intervention sociale comme entreprise de normalisation et de moralisation. Peut-il en être autrement ? À quelles conditions ? », *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 16, n° 2, p. 92-105.

Bruno I. et Didier E., 2013, *Benchmarking. L'État sous pression statistique*, Paris, éd. La Découverte.

Bureau M.-C. et Sainsaulieu I. (dir.), 2012, *Les reconfigurations de l'État*, Lille, Presses Universitaires de Lille, Septentrion.

Castel R., 1994, « La dynamique des processus de marginalisation : de la vulnérabilité à la désaffiliation », in *Cahiers de recherche sociologique*, n° 22, p. 11-27.

Castoriadis C., 1975, *L'institution imaginaire de la société*, Paris, éd. du Seuil.

Chauvière M., 2013, « Esquisse d'une sociologie critique de la nouvelle norme d'évaluation », *Revue française d'administration publique*, vol. 4, n° 148, p. 953-966.

Denoncourt H., Desilets M., Plante M.-C., Laplante J. et Choquet M., 2000, « La pratique outreach auprès des personnes itinérantes souffrant de troubles mentaux graves et persistants : observations, réalités et contraintes », *Santé mentale au Québec*, vol. 25, n° 2, p. 179-194.

Desrosières A., 2014, *Prouver et gouverner. Une analyse politique des statistiques publiques*, Paris, éd. La Découverte.

Drulhe M., Clément S. et Mantovani J., 2001, « Au-delà de l'exclusion : la mise en évidence de nouveaux publics par les acteurs du terrain », *Sociologie et Sociétés*, vol. 33, n° 2, p. 159-174.

Dupuis A. et Farinas L., 2009, « L'ajustement mutuel dans le fonctionnement organique du système multiorganisationnel de l'aide aux sans-abri de Montréal », *Administration publique du Canada*, vol. 52, n° 1, p. 23-49.

Fortier I., 2010, « La modernisation de l'État québécois : la gouvernance démocratique à l'épreuve des enjeux du managérialisme », *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 22, n° 2, p. 35-50.

Fournier A., Godrie B., McAll C., Coiteux Y., Dion L., Séguin N. et Wibaut G., 2007, *La nécessité d'être frontaliers : quand les populations marginalisées sont au centre de l'intervention, rapport de recherche*, Centre de recherche de Montréal sur les inégalités sociales, les discriminations et les pratiques alternatives de citoyenneté, Montréal.

Furtos J., 2009, *De la précarité à l'auto-exclusion*, Paris, Éditions Rue d'Ulm, collection « La rue ? Parlons-en ! ».

Gagnon É., 2009, « Une société d'accompagnement », in Clément M. Gélinau L. et McKay A.-M. (dir.), *Proximités : lien, accompagnement et soins*, Québec, Les Presses de l'Université du Québec, p. 333-351.

Gagnon É., Moulin, P. et Eysermann B., 2011, « Ce qu'accompagner veut dire », *Reflets : revue d'intervention sociale et communautaire*, vol. 17, n° 1, p. 90-111.

Genard J.-L., 2007, « Responsabilité et solidarité : État libéral, État-providence, État réseaux », in Soulet M.-H. (dir.), *La solidarité à l'ère de la globalisation*, Fribourg, Academic Press, p. 75-93.

Heslon C., 2009, « L'accompagnement, art de l'ajustement », *Savoirs*, n° 20, p. 75-78.

Honneth A., 2006, *La société du mépris. Vers une nouvelle théorie critique*, Paris, éd. La Découverte.

Hurtubise R. et Babin P.-O., 2010, *Les Équipes itinérance en santé du Québec. Description de pratiques innovantes, cahier des récits de pratique déposé au Secrétariat des partenariats de lutte à l'itinérance (SPLI) Programmede développement des connaissances sur l'itinérance.*

Laurin N., 2001, « L'accompagnement », *Argument*, vol. 4, n° 1, p. 76-85.

LeGoff F., McAll C. et Montgomery C., 2005, *La transformation du communautaire*, Montréal, éd. Saint-Martin.

Limoges J., 2009, « L'accompagnement dans le champ professionnel : état des lieux », *Savoirs*, n° 20, p. 67-70.

McAll C., Tremblay L. et LeGoff F., 1997, *Proximité et distance*, Montréal, éd. Saint-Martin.

McKeown T. et Plante M.-C., 2000, « L'équipe Itinérance du CLSC des Faubourgs de Montréal », in Laberge D. (dir.), *L'errance urbaine*, Ste-Foy, MultiMondes, p. 391- 402.

Messu M., 2010, « Les politiques publiques de lutte contre la pauvreté. Variation sur l'approche française », *Forum Sociológico*, n° 20, p. 21-28.

Ogien A., 2013, *Désacraliser le chiffre dans l'évaluation du secteur public*, Paris, éd. Quae.

Paugam S., 2004[1991], *La disqualification sociale*, Paris, éd. PUF, Quadrige.

Paugam S., 2005, *Les formes élémentaires de la pauvreté*, Paris, éd. PUF, Le lien social.

Poupart J., 1997, « L'entretien de type qualitatif : considérations épistémologiques, théoriques et méthodologiques », in Poupart J., Deslauriers J.-P., Groulx L.-H., Laperrière A., Mayer R. et Pires A. P. (dir.), *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques*, Boucherville, Gaëtan Morin éditeur, p. 173-209.

Renault E., 2004, « Reconnaissance, institution, injustice », *Revue du Mauss*, vol. 23, n° 1, p. 180-195.

Savoie-Zajc L., 2009, « L'entrevue semi-dirigée », in Gauthier B. (dir.), *Recherche sociale : de la problématique à la collecte de données* (5e édition), Québec, Presses de l'Université du Québec, p. 293-316.

Simmel G., 1998 [1908], *Les pauvres*, Paris, éd. PUF, Quadrige.

Supiot A., 2015, *La gouvernance par les nombres*, Paris, éd. Fayard.

Trosa S., 2013, « L'État est-il encore régalien ou devient-il un réseau social ? », *Pyramides*, n° 25, p. 49-69.

Warin P., 2011, « La participation citoyenne dans la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale questionnée par le non-recours à l'offre publique », *Télescope*, vol. 17, n° 1, p. 116-134.

Warin P., 2016, « Le non-recours aux droits sociaux, entre vulnérabilité sociale et citoyenneté active », *Cahiers Français*, n° 390, p. 54-59.

---

## Pour citer cet article

### Référence électronique

Baptiste Godrie, Aude Fournier, Christopher McAll, "Repenser la marginalité sociale. L'accompagnement de personnes dites « marginalisées » par une équipe hors les murs", Sciences et actions sociales [en ligne], N°7 | année 2017, mis en ligne le 3 mai 2017, URL : <http://www.sas-revue.org/index.php/n-conception/40-n-7/varia-n7/107-repenser-la-marginalite-sociale>

---

## Auteur

### Baptiste Godrie

Université de Montréal

[baptiste.godrie@umontreal.ca](mailto:baptiste.godrie@umontreal.ca)

### Aude Fournier

Département de sciences humaines du Cégep de Victoriaville

[fournier.aude@cegepvicto.ca](mailto:fournier.aude@cegepvicto.ca)

### Christopher McAll

Université de Montréal et CREMIS

[christopher.mcall@umontreal.ca](mailto:christopher.mcall@umontreal.ca)

---

## Droits d'auteur

© Sciences et actions sociales

Toute reproduction interdite sans autorisation explicite de la rédaction/Any replication is submitted to the authorization of the editors