

# 6

## Le contrôle social

Emmanuelle Jasmin

Celui qui sort du lot et se tient à l'écart ne tarde pas à avoir des problèmes. Il n'est donc pas étonnant que nous apprenions à modeler notre comportement sur les règles de nos groupes de référence.

- Richard David Precht (2012).

*Vivre ensemble pour changer le monde*, p. 304.

Jasmin, E. (2018). *Le contrôle social*. In E. Jasmin (Dir).  
*Des sciences sociales à l'ergothérapie* (pp. 157-184).  
Québec : Presses de l'Université du Québec.

## BUT DU CHAPITRE

---

Acquérir des connaissances sur le contrôle social afin de porter un regard critique sur la «normalité», d'adopter une attitude ouverte et compréhensive envers des situations considérées comme «hors-normes» ainsi que de contribuer à réduire l'exclusion sociale.

### OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE

- 1 Définir le contrôle social et la normalité;
- 2 Comprendre les fondements et les enjeux liés au contrôle social et à la normalité;
- 3 Expliquer les interrelations entre la légalité, la légitimité et les occupations humaines;
- 4 Décrire les mécanismes de contrôle social;
- 5 Définir et distinguer l'adaptation sociale, l'adaptation sociale pathologique et l'inadaptation sociale;
- 6 Distinguer la conformité, la variance et l'adaptation novatrice ainsi qu'illustrer l'influence de ces formes d'adaptation sociale sur les occupations humaines;
- 7 Distinguer la surconformité et la déviance ainsi qu'illustrer l'influence de ces formes d'adaptation sociale pathologique sur les occupations humaines;
- 8 Distinguer la marginalité, la stigmatisation et l'exclusion sociale ainsi qu'illustrer l'influence de ces formes d'inadaptation sociale sur les occupations humaines;
- 9 Distinguer les types de suicide selon Durkheim ainsi que reconnaître des facteurs de risque et de protection associés au suicide;
- 10 Relever des principes d'intervention ou pistes d'action pour contribuer à promouvoir l'adaptation sociale et à réduire l'exclusion sociale;
- 11 Reconnaître les avantages et les limites d'une pratique s'appuyant sur la «normalité».

## MISE EN SITUATION: TRAJECTOIRES DE VIE DE PIERRE ET PAUL

---

Pierre et Paul, deux jumeaux monozygotes, ont été séparés à la naissance en raison du décès de leurs parents. Ils se connaissent à peine et ils ont tous deux évolué dans des milieux socioculturels très différents. C'est ainsi qu'ils n'ont pas vécu un processus de socialisation similaire.

Pierre a été élevé comme enfant unique par le frère de son père et son épouse. Son oncle et sa tante étaient très autoritaires et peu affectueux. Ils lui ont transmis l'importance de l'obéissance, du respect des règles, des études et de la réussite. Pierre a grandi dans un quartier en banlieue où les autres parents étaient plutôt indulgents et permissifs avec leurs enfants, contrairement aux siens. Dès l'école primaire, Pierre est devenu relativement anxieux. C'était un enfant très timide, docile et appliqué à l'école. Il avait quelques camarades avec qui il jouait souvent à des jeux de société. Durant l'adolescence, Pierre s'est passionné pour le triathlon. Il était très discipliné et compétitif. Ses camarades s'entraînaient comme lui. Il a remporté plusieurs médailles et a obtenu une mention d'excellence à la fin de ses études secondaires. À l'âge de 17 ans, Pierre a choisi de devenir policier militaire. Il s'est marié à 23 ans. De cette union sont nés deux enfants. Cependant, sa femme l'a quitté pour un autre homme six ans après leur mariage. Pierre vit maintenant seul dans une maison sur la base militaire. Il voit ses enfants une fin de semaine sur deux. Depuis une vingtaine d'années, Pierre travaille dans l'armée. Ses activités sont très contrôlées. Il se lève toujours à la même heure. Au travail, il se fait un point d'honneur de respecter les règlements et d'appliquer les ordres de ses supérieurs.

Paul, quant à lui, a grandi à la campagne chez ses grands-parents maternels. Ces derniers étaient d'anciens agriculteurs, peu scolarisés, qui valorisaient surtout la

débrouillardise et le savoir acquis par l'expérience concrète plutôt que par l'instruction. À l'école primaire, Paul était très sociable et il excellait dans les sports. Cependant, il était peu discipliné et il avait souvent des retenues. À 12 ans, Paul a été placé en famille d'accueil en raison du décès de ses grands-parents. Vers l'âge de 14 ans, il a fréquenté une bande de rue. C'est à ce moment qu'il a commencé à consommer de l'alcool et des drogues et qu'il a commis ses premiers petits délits. Paul s'est mis à faire l'école buissonnière et il s'est retrouvé en situation d'échec scolaire. Sa famille d'accueil a essayé de l'aider et de l'encadrer, mais Paul s'y est opposé et leur relation s'est détériorée. À 16 ans, Paul a décidé de quitter sa famille d'accueil et d'abandonner l'école sans avoir terminé son secondaire. Depuis, Paul a peu de stabilité dans sa vie. Entre ses périodes d'inactivité, il occupe des emplois saisonniers mal rémunérés ou il travaille dans la construction, le plus souvent au noir. Il n'a pas de relation conjugale stable. Il consomme régulièrement de l'alcool, du cannabis et des amphétamines. Il habite parfois en chambre ou dans de petits logements insalubres, jusqu'à ce qu'il soit expulsé faute de pouvoir payer son loyer. C'est ainsi qu'il connaît des épisodes d'itinérance. Actuellement, Paul vit dans la rue.

Voilà qu'à l'âge de 40 ans, Pierre et Paul se retrouvent tous deux admis à l'hôpital, mais pour des motifs diamétralement opposés. Pierre est hospitalisé en psychiatrie en raison d'une tentative de suicide. Paul, quant à lui, a été heurté par une voiture alors qu'il s'enfuyait en courant à la suite d'un vol. Il a subi de multiples fractures. En vue de favoriser leur réadaptation et leur réintégration sociale, leur médecin respectif les recommande tous deux en ergothérapie.

---

Lorsque nous rencontrons une nouvelle personne ou un nouveau groupe, nous portons, en général, un jugement de valeur, lequel est souvent biaisé (Dépret et Filisetti, 2001; Goffman, 1974). À vrai dire, nous avons tendance à évaluer, plus ou moins consciemment, ce que nous percevons chez l'autre en fonction de nos valeurs, croyances, normes, préférences, etc. Lorsque nous émettons un jugement négatif à l'égard d'autrui, cela constitue une forme de dévalorisation sociale (Goffman, 1974). Par exemple, les personnes ayant une déficience ou un trouble de santé mentale sont particulièrement à risque de dévalorisation sociale, en raison de leur différence au regard des normes dans la société. C'est ainsi que la valeur sociale d'une personne repose, en grande partie, sur le regard porté sur elle par les observateurs.

Comme ergothérapeute, il importe d'être conscient du regard et du jugement que l'on porte sur sa clientèle, et ce, même avant la première rencontre, lorsqu'on recueille des informations sur elle. Déjà, à la lecture de la mise en situation, on peut se faire une première impression sur Pierre et Paul. L'ergothérapeute joue aussi un rôle d'observation important, particulièrement lorsqu'il évalue sa clientèle. En plus de la prise en compte des motivations et des besoins de sa clientèle, son évaluation implique couramment l'observation ou la mesure des capacités de celle-ci, de son rendement dans une tâche ainsi que de son environnement physique et social. De cette manière, l'ergothérapeute tente de déterminer les facteurs personnels, environnementaux et occupationnels qui facilitent ou nuisent à son engagement occupationnel. Ce processus d'analyse implique d'adopter un regard normatif sur ce qui devrait être et ne peut être dans la situation d'une clientèle donnée. Par ailleurs, lorsque l'ergothérapeute utilise des outils validés avec des valeurs de référence, il cherche à savoir si les capacités ou compétences de la personne, reflétées par ses performances aux épreuves, sont considérées comme «normales» ou non.

De surcroît, la «normalité» guide souvent l'intervention de l'ergothérapeute, particulièrement lorsque ce dernier cible le développement de capacités ou de compétences ou la réalisation d'occupations socialement valorisées. D'une part, en développant les capacités ou compétences de sa clientèle par le biais d'activités ou d'occupations significatives,

l'ergothérapeute contribue à réduire l'écart de celle-ci avec la «normalité», afin qu'elle puisse être et agir le plus «normalement» possible. D'autre part, en permettant à sa clientèle de réaliser des occupations socialement valorisées dans son contexte de vie, l'ergothérapeute l'aide à vivre le plus «normalement» possible. Le fait d'être, d'agir et de vivre le plus «normalement» possible facilite son acceptation par les autres, condition nécessaire à son intégration sociale (voir le chapitre 4).

Considérant cela, il est important de s'attarder à la «normalité» afin de reconnaître les avantages et les limites de s'y référer dans le cadre de la pratique ergothérapeutique. Comme la notion de *normalité* est reliée au concept de *contrôle social*, il est pertinent, en tant qu'ergothérapeute, d'acquérir des connaissances sur ce sujet, afin de contribuer non pas à «contrôler» sa clientèle, mais à prévenir ou à réduire son exclusion sociale. D'ailleurs, l'ergothérapeute, par ses manières d'être, d'agir ou de vivre, peut aussi ne pas correspondre à la «normalité».

## 6.1

## CONTRÔLE SOCIAL

Comme mentionné dans le chapitre 2, le partage d'éléments culturels, comme des symboles, des valeurs et des normes, facilite le vivre ensemble, c'est-à-dire la cohabitation harmonieuse des individus sur un territoire donné. Par ailleurs, l'intégration sociale nécessite d'acquérir et d'intérioriser par la socialisation les manières de ressentir, de penser et d'agir de la société ou du groupe donnés (voir le chapitre 4). En outre, plus les manières de ressentir, de penser et d'agir des membres d'une société ou d'un groupe se ressemblent, plus la cohésion sociale s'en trouve accrue. C'est ainsi que l'harmonie et la pérennité d'une société ou d'un groupe impliquent une certaine uniformisation des manières de ressentir, de penser et d'agir. Pour ce faire, on a recours, individuellement et collectivement, à des mécanismes sociaux, c'est-à-dire des sanctions positives ou négatives, assurant la conformité au sein d'un groupe ou d'une société. C'est

ce qu'on appelle le «**contrôle social**» (Denis *et al.*, 2013; Fortier et Pizarro Noël, 2013; Rocher, 2012). Ce dernier fait en sorte que nous adoptons des comportements, des opinions et des occupations semblables à ceux des membres de notre société ou de notre groupe. Le contrôle social sert à rendre les individus conformes à ce qui est attendu dans une société ou un groupe en les encadrant avec des normes, tant explicites qu'implicites. Plus particulièrement, il amène les individus à adhérer à ce qui est conforme, voire «normal», au sein de la société ou du groupe. Les sociologues utilisent aussi la notion plus large de **régulation sociale**, qui renvoie à l'ensemble des normes, formelles et informelles, qui balisent les actions et les interactions au sein de la société (Fortier et Pizarro Noël, 2018). On peut dire que l'ergothérapeute exerce une forme de contrôle social lorsqu'il encourage ou non certains comportements ou occupations, mais aussi lorsqu'il aide sa clientèle à agir «normalement» ou à réaliser des occupations dites normales. L'ergothérapeute devrait néanmoins se rappeler qu'il peut aussi jouer un rôle d'agent de changement, notamment en sortant des sentiers battus et en faisant la promotion de la diversité humaine et occupationnelle et de l'inclusion sociale (voir le chapitre 4). Ce faisant, l'ergothérapeute endosse un rôle de facilitation ou de médiation entre les personnes ayant des incapacités et leur environnement socioculturel (Barral et Blaise, 2016).

#### 6.1.1

##### Normalité

De manière générale, la normalité désigne un état jugé habituel dans un contexte donné (R. Legendre, 2005). En plus de cette connotation descriptive (ce qui représente la moyenne ou ce qui est le plus fréquent), elle peut aussi avoir un sens normatif (ce qui doit être ou ce qui est souhaitable) (Canguilhem, 2017). En sociologie, la **normalité** désigne l'ensemble des manières de ressentir, de penser et d'agir qui correspondent aux normes formelles et informelles prédominant dans un groupe ou une société (Denis *et al.*, 2013). Être «normal», c'est donc réagir, réfléchir et agir tel que cela est attendu selon des règles sociales explicites ou

implicites. Ce qui est reconnu comme étant normal peut différer d'un groupe, d'une région ou d'un pays à l'autre, mais aussi évoluer dans le temps, puisque les normes varient selon la culture, la société ou l'époque. C'est pourquoi la normalité est une construction sociale. Adopter les comportements, les opinions et les occupations reconnus ou acceptés par un groupe ou une société permet d'être considéré comme quelqu'un de «normal». Comme ergothérapeute, connaître les habitudes de vie dites normales au sein de la société ou d'un groupe est souhaitable si l'on souhaite faciliter l'intégration sociale d'une personne. Néanmoins, la normalité ne peut être bien comprise sans s'intéresser à ce qui est considéré comme légal et légitime au sein d'une société ou d'une culture données.

#### 6.1.2

##### Légalité et légitimité

La **légalité** implique d'agir selon les lois reconnues par un groupe ou une société, tandis que la **légitimité** renvoie aux actes, aux décisions et aux discours valorisés ou jugés acceptables par la majorité de la population (Denis *et al.*, 2013; Fortier et Pizarro Noël, 2018). Ainsi, la légalité de nos manières d'agir repose sur des lois, alors que leur légitimité s'appuie davantage sur les valeurs et les croyances dominantes dans une culture. Autant la légalité que la légitimité dépendent du contexte socioculturel et sociohistorique, puisque les normes, les valeurs et les croyances varient selon la société, le lieu et l'époque. Par exemple, l'avortement et le mariage homosexuel ne sont pas permis légalement dans tous les pays. De plus, certaines lois ont changé au cours des années. Aujourd'hui, dans la plupart des pays occidentaux, il est interdit de conduire en état d'ébriété ou de fumer à l'intérieur dans des lieux publics, ce qui n'a pas toujours été le cas. Ces lois, qui visent à protéger les individus, représentent aussi une forme de «santéisation» de la société (voir le chapitre 3). Par ailleurs, ce qui est valorisé ou accepté concernant l'alimentation, l'habillement, la consommation d'alcool, les relations interpersonnelles, l'éducation des enfants ou le travail diffère en fonction de la société, du lieu ou de l'époque. C'est ainsi que les occupations légales et légitimes sont

socialement construites et culturellement déterminées (Humphry, 2005). Comme ergothérapeute, on doit donc tenir compte du contexte socioculturel pour déterminer les occupations socialement permises, valorisées ou acceptées. En même temps, il est possible d'intervenir auprès d'individus ou de groupes ayant des occupations considérées comme illégales ou illégitimes (p. ex. la toxicomanie, l'itinérance), comme dans le cas de Paul (voir la section 6.6.2).

### 6.1.3

#### Mécanismes de contrôle social

Sans trop y réfléchir, la plupart des individus agissent généralement selon ce qui est légal et légitime dans leur milieu de vie. Les moyens mis en place pour uniformiser et normaliser les manières de ressentir, de penser et d'agir s'appellent des «**mécanismes de contrôle social**» (Denis *et al.*, 2013). Ces derniers incitent les individus à se comporter de manière légale et légitime dans un contexte donné. Ces mécanismes se réfèrent à des sanctions positives ou négatives (Denis *et al.*, 2013; Fortier et Pizarro Noël, 2013; Rocher, 2012). Les sanctions positives désignent des récompenses relatives à un comportement, à une action ou à une performance, alors que les sanctions négatives sont des mesures répressives face au non-respect des normes. Les sanctions se réfèrent aussi à ce qu'on appelle du «renforcement», positif ou négatif, en psychologie comportementale. Les mécanismes de contrôle social peuvent être d'ordre formel ou informel (Denis *et al.*, 2013).

Les **mécanismes formels de contrôle social** constituent des recours officiels pour contraindre l'individu à agir de manière conforme. Ils font référence aux normes explicites, comme les lois, les règlements ou les codes de déontologie, dont celui de l'ergothérapeute. Ces normes dictent comment on doit se comporter publiquement, mais aussi avec les autres dans l'intimité. Par exemple, selon le Code de déontologie des ergothérapeutes du Québec, ce professionnel ne doit pas établir de liens amoureux ou sexuels avec sa clientèle durant le suivi thérapeutique (Gouvernement du Québec, 2018b). Le contrôle social formel peut être appliqué par des représentants de l'État,

comme un policier, un juge ou un militaire, mais aussi, entre autres, par un milieu d'éducation ou de travail ou un groupe religieux. En effet, chaque milieu ou groupe établissent leurs propres règles sociales et lorsqu'une personne les enfreint, elle peut être sanctionnée. Les sanctions négatives formelles mènent, par exemple, à recevoir une amende, à être emprisonné, à être excommunié d'un groupe religieux ou encore à être radié d'une association ou d'un ordre professionnels. Une personne peut aussi être récompensée par des sanctions positives formelles, comme l'obtention d'un prix, d'une médaille ou d'un diplôme, qui reconnaît publiquement la nature exemplaire de son comportement, de ses actions ou de ses performances. Dans le cas de Pierre, on peut dire qu'il appliquait des mécanismes formels de contrôle social par son travail de policier militaire, tout comme il a été formellement reconnu durant sa jeunesse par des médailles et une mention d'excellence. Quant à Paul, il a réussi à éviter des sanctions négatives formelles, malgré ses petits délits et son travail au noir.

Les **mécanismes informels de contrôle social**, quant à eux, comprennent des moyens indirects, implicites, pour amener une personne à se comporter «normalement», c'est-à-dire en conformité avec des normes valorisées socialement. Ces mécanismes s'observent principalement à travers la socialisation de la personne dans son ou ses milieux de vie, particulièrement avec sa famille, ses pairs, à l'école ou au travail. Ces agents de socialisation exercent une pression sur la personne afin qu'elle agisse d'une certaine manière, notamment pour l'alimentation, les soins d'hygiène et l'habillement. Le contrôle social informel comprend aussi des sanctions positives et négatives. Les sanctions positives informelles peuvent inclure, par exemple, un sourire, des remerciements ou des encouragements. Elles visent à démontrer l'approbation à l'égard d'un comportement ou d'une action. En ergothérapie, on y a recours, entre autres, pour soutenir la motivation et l'engagement de sa clientèle dans une activité ou une occupation. Au contraire, le soupir, le sarcasme ou la moquerie sont des exemples de sanctions négatives informelles. Elles sont utilisées, parfois inconsciemment, pour signifier à une personne qu'on désapprouve sa manière d'être, de penser ou d'agir et, indirectement, pour exercer un pouvoir d'influence sur elle. Par exemple, les parents de Pierre

Pont sans doute encouragé, par différentes sanctions informelles, positives et négatives, à être docile, appliqué à l'école, discipliné et compétitif, puisqu'ils valorisaient l'obéissance, le respect des règles, les études et la réussite. Dans le cas de Paul, on peut penser que ses grands-parents, en cohérence avec leurs valeurs, l'incitaient de manière informelle à faire preuve de débrouillardise et à acquérir son savoir par l'expérience concrète plutôt que par l'instruction. De plus, les camarades de Pierre durant son adolescence l'ont certainement motivé à s'entraîner, tandis que ceux de Paul, issus d'une bande de rue, ont pu le pousser de manière informelle à consommer de l'alcool et des drogues, à commettre des petits délits et à faire l'école buissonnière. Rappelons d'ailleurs, comme vu dans le chapitre 4, que les pairs ont souvent un plus grand pouvoir d'influence sur le jeune que sa famille (Guimond, 2010).

Les mécanismes de contrôle social sont donc mis en place par différents agents de socialisation qui exercent une influence directe ou indirecte sur l'individu. De ce fait, les sanctions, tant positives que négatives, formelles qu'informelles, reçues par un individu au cours de sa trajectoire de vie varieront non seulement en fonction de son comportement, de ses capacités ou de ses performances, mais surtout en fonction des normes et des valeurs auxquelles adhèrent les membres de son milieu social, incluant sa famille, ses camarades, l'école, son milieu de travail et les représentants de l'État. Conséquemment, pour comprendre ce qui amène une personne à adopter ou non des occupations jugées légales ou légitimes, il importe de considérer ses expériences et son contexte de vie, passés et actuels.

## 6.2

### ADAPTATION SOCIALE

Comme indiqué dans le chapitre 4, l'**adaptation sociale** se réfère à la capacité d'un individu à appartenir à un groupe et à fonctionner en société selon les

normes de celle-ci (Denis *et al.*, 2013; Rocher, 2012). Être adapté socialement, c'est aussi accepter les normes de la société ou d'un groupe admis socialement et s'y conformer, voire être et agir «normalement». Comme pour l'intégration sociale, l'adaptation sociale de l'individu est tributaire de son processus de socialisation et des mécanismes de contrôle social mis en place dans son ou ses milieux de vie. Il en va de même pour l'adaptation sociale pathologique (voir la section 6.3) ou l'inadaptation sociale (voir la section 6.4). D'ailleurs, selon des études en épigénétique<sup>1</sup>, les expériences et le milieu de vie de l'individu peuvent induire certains comportements (Labonté et Turecki, 2012), et, de ce fait, influencer sa capacité à s'adapter socialement. Conséquemment, il importe de considérer la trajectoire de vie d'un individu, ses occupations et son environnement, et non uniquement ses facteurs personnels pour bien saisir ce qui le rend apte ou non à s'adapter socialement. En outre, l'adaptation sociale est toujours relative aux normes dans un contexte social ou sociétal donné. Elle peut également prendre différentes formes, dont la conformité, la variance et l'adaptation novatrice.

#### 6.2.1

##### Conformité

La **conformité** désigne l'adhésion, consciente ou inconsciente, aux manières de ressentir, de penser et d'agir imposées par une société ou un groupe (Denis *et al.*, 2013; Rocher, 2012). Il s'agit d'une imitation presque parfaite des membres de notre milieu social. La conformité s'observe entre autres par nos occupations, comme l'habillement et les habitudes de consommation. Des gens d'affaires adoptant une tenue conservatrice, des jeunes habillés de la même façon ou des individus suivant la mode sont des exemples de conformité. De plus, le fait d'adopter des habitudes de consommation similaires aux membres d'une société ou d'un groupe, que ce soit pour l'alimentation, l'achat de vêtements, le mode de transport ou le type d'habitation, constitue un exemple de conformité. Au-delà de la réponse aux besoins

1 L'épigénétique est définie dans la section 3.3.1.1 dans le chapitre 3.

fondamentaux, les habitudes de consommation d'une personne visent souvent à ce que celle-ci fasse bonne impression et soit acceptée socialement, ce qui participe à la figuration, un mécanisme de socialisation vu dans le chapitre 4. Entre autres, acheter un vêtement ou une voiture de telle marque n'est pas anodin, mais cache souvent le désir, inconscient ou réfléchi, de projeter une certaine image sociale de soi.

### 6.2.2

#### Variance

Lorsqu'une personne n'adhère pas tout à fait au modèle culturel dominant et que ses manières de ressentir, de penser et d'agir sont non valorisées, mais tolérées par la société ou le groupe, on parle de **variance** (Denis *et al.*, 2013; Rocher, 2012). Dans ce cas, les comportements, les opinions et les occupations de la personne peuvent être contraires aux normes, aux valeurs et aux croyances de la majorité de la population, mais cette personne demeure apte à appartenir à un groupe et à fonctionner en société. Par exemple, payer au noir un membre de son entourage peut être considéré comme de la variance. Une femme enceinte qui boit parfois un verre d'alcool peut aussi être vue comme un exemple de variance, si son comportement est toléré socialement.

### 6.2.3

#### Adaptation novatrice

Certains individus peuvent ne pas adhérer au modèle culturel dominant, mais à la différence de ce qui se produit avec la variance, leurs manières de ressentir, de penser et d'agir peuvent être considérées comme étant innovatrices ou créatrices, en plus d'être socialement acceptées, et parfois même valorisées. Il s'agit de l'**adaptation novatrice** (Denis *et al.*, 2013). Cette forme d'adaptation sociale se manifeste par des comportements, des opinions et des occupations jugés originaux, convenables et même bénéfiques par la société ou le groupe. On peut aussi parler de **déviance positive**. L'adaptation novatrice s'observe notamment

par des mouvements religieux, pacifistes ou militants qui défendent l'environnement ou les droits de la personne, des animaux ou de certains groupes minoritaires de la société, comme les personnes ayant des incapacités. Les mouvements étudiants pour l'accessibilité à une éducation postsecondaire de qualité pour tous constituent un exemple d'adaptation novatrice, en plus de s'inscrire dans une visée de justice sociale et occupationnelle. Par ailleurs, lorsque des ergothérapeutes se regroupent au sein d'une association pour promouvoir la justice occupationnelle ou pour défendre les droits occupationnels de certaines personnes ou de certains groupes sociaux, leurs actions témoignent d'une forme d'adaptation novatrice. C'est aussi ce qu'on appelle être un agent de changement en ergothérapie.

## 6.3

### ADAPTATION SOCIALE PATHOLOGIQUE

Il arrive que le processus de socialisation et les mécanismes de contrôle social mènent une personne à appartenir à un groupe social illégal ou illégitime ou encore à se conformer de façon extrême et dangereuse. On parle alors d'**adaptation sociale pathologique** (Denis *et al.*, 2013). Cela se manifeste par des comportements et des occupations hors-norme, illégaux ou illégitimes, ou encore néfastes ou malsains. La surconformité et la déviance constituent deux formes d'adaptation sociale pathologique.

#### 6.3.1

##### Surconformité

La **surconformité** désigne un comportement de soumission ou d'obéissance à une autorité ou à une pression sociale, réelle ou imaginaire (Denis *et al.*, 2013). L'individu tente alors de se conformer parfaitement au modèle proposé, ce qui l'amène à agir de manière excessive et nuisible à lui-même ou aux autres. Le comportement de soumission ou d'obéissance à



## ENCADRÉ 6.1

## Expériences de Milgram

Dans les expériences de Milgram (1974), l'expérimentateur, qui représente l'autorité, demande aux participants de l'étude, provenant de divers milieux socioéconomiques, de poser une série de questions à une personne en position d'apprenant et de lui infliger une décharge électrique lorsqu'elle se trompe. L'expérimentateur explique aux participants que l'étude vise à évaluer l'effet de la punition sur le processus d'apprentissage. On fait croire aux participants que les rôles sont attribués au hasard. L'apprenant est en fait un comédien qui fait semblant d'être électrocuté, alors que le participant ignore que l'expérience porte sur l'obéissance. La force des décharges électriques s'accroît avec chaque erreur, de même que les réactions de l'apprenant. Malgré les hurlements de douleur de l'apprenant et sa supplication d'arrêter

l'expérience, en moyenne, près des deux tiers des participants vont jusqu'à lui faire subir la décharge électrique maximale, soit 450 volts. Le taux d'obéissance était similaire chez les femmes et chez les hommes. On explique ce comportement de soumission non par des pulsions sadiques ou agressives, mais par le sentiment d'être dégagé de ses responsabilités personnelles et d'avoir accompli son devoir ainsi que par la peur d'affronter l'autorité. Selon Milgram, le comportement d'obéissance dépendrait davantage du contexte que de la personnalité de l'individu, étant donné les variables étudiées au cours de l'expérimentation. Malgré les enjeux éthiques que pose ce type d'étude, des expériences similaires ont été reproduites et ont révélé des résultats semblables (Burger, 2009).

L'autorité a été mis en lumière par les recherches du psychologue social étatsunien Stanley Milgram (1933-1984), bien connues sous le nom d'« expérience de Milgram » (encadré 6.1). Le fait que Pierre, dans le cadre de son travail, se fait un point d'honneur de respecter les règlements et d'appliquer les ordres de ses supérieurs laisse croire à une tendance chez lui à la surconformité.

L'anorexie mentale, un trouble de santé mentale, constitue un autre exemple pouvant être associé à la surconformité (Denis *et al.*, 2013). En effet, ce trouble relève, en partie, de l'adhésion au modèle de beauté proposé dans les médias. Comme indiqué dans le chapitre 4, les médias sont des agents de socialisation qui influencent notre comportement et notre identité. En ce sens, ils exercent une certaine pression sociale sur les individus, laquelle peut avoir un effet négatif sur leur image corporelle, et même créer une obsession à cet égard. Il est à noter que la minceur chez la femme n'est pas synonyme de beauté dans toutes les cultures, mais tend à le devenir de plus en plus avec la télévision et l'apparition des médias sociaux, qui diffusent cet idéal esthétique (encadré 6.2). L'ergothérapeute

peut d'ailleurs jouer un rôle auprès des personnes présentant des troubles du comportement alimentaire comme l'anorexie mentale, notamment en favorisant le développement d'une image positive de soi, la reprise graduelle d'occupations signifiantes et l'atteinte d'un équilibre occupationnel (Gardiner et Brown, 2010).

## 6.3.2

## Déviance

Alors que certaines personnes cherchent à se conformer parfaitement au modèle social valorisé, d'autres fonctionnent en dehors des normes imposées par la société. C'est ce qu'on appelle la « **déviance** » (Denis *et al.*, 2013; Fortier et Pizarro Noël, 2018; Rocher, 2012). La déviance renvoie à ce qui diffère des normes dominantes ou de la normalité dans la société. Ainsi, comme mentionné dans le chapitre 3, un trouble de santé peut, sous cet angle, être abordé en termes de déviance. Cependant, pour qu'un individu soit

ENCADRÉ 6.2

Arrivée de la télévision aux îles Fidji et trouble du comportement alimentaire

Une étude a été réalisée aux îles Fidji pour évaluer l'effet de l'arrivée de la télévision satellitaire sur les attitudes et les comportements alimentaires d'adolescentes (Becker et al., 2002). Traditionnellement, un bon appétit et un corps robuste étaient valorisés dans la culture fidjienne. Les données ont été recueillies en 1995, soit l'année où la télévision a été introduite aux îles Fidji, et trois ans plus tard. Les résultats de l'étude démontrent une augmentation significative des indicateurs associés à un trouble du comportement

alimentaire chez les adolescentes exposées depuis trois ans à la télévision. Les risques d'apparition de ces indicateurs étaient trois fois plus élevés chez celles qui possédaient une télévision à la maison. De plus, les données narratives conduisent à penser à un effet négatif de la télévision sur l'image corporelle. Cette étude révèle la pertinence de considérer l'influence du contexte culturel, en particulier les médias, sur le développement d'une image corporelle négative et de comportements alimentaires délétères.

considéré comme « déviant », il doit adopter des manières d'être, de penser et d'agir jugées inacceptables, nuisibles ou répréhensibles par la majorité. La déviance s'observe par des comportements et des actions qui transgressent les normes relatives à la légalité ou à la légitimité. De ce point de vue, certains troubles de santé mentale<sup>2</sup>, en raison des signes et symptômes associés, peuvent être considérés comme de la déviance.

Comme pour la normalité, la déviance est une construction sociale, puisque c'est le groupe ou la société qui détermine les normes à respecter et, donc, les comportements et les actions qui relèvent de la déviance. Par exemple, si l'homosexualité est maintenant acceptée socialement dans la plupart des pays occidentaux, elle a longtemps été considérée comme de la déviance, comme un trouble mental, et même comme un crime. Par ailleurs, l'avortement était autrefois illégal dans plusieurs pays, comme le Canada, la France, la Suisse et la Belgique, alors qu'il est aujourd'hui dans certains pays autorisé et encadré par la médecine pour protéger la vie et la santé des femmes (voir le chapitre 3). Autrefois, la conception du devoir conjugal à la suite du mariage rendait légal le viol de la femme par son mari, un sujet encore tabou de nos jours. Comme pour la normalité, la déviance

doit être comprise dans son contexte socioculturel et sociohistorique. Dans les sociétés occidentales contemporaines, la déviance est souvent associée, par exemple, à la délinquance, à la toxicomanie, à la criminalité, à l'itinérance et à la prostitution. Les occupations de Paul, soit son travail au noir, sa consommation régulière d'amphétamines ainsi que son itinérance, peuvent être considérées comme des formes de déviance. Selon le sociologue étatsunien Howard H. Becker (1985), la déviance est le résultat d'un processus social dans lequel l'individu apprend à pratiquer une « activité déviante » et à se la représenter de manière à préserver une image positive de soi. C'est ainsi qu'il se construit une « carrière déviante ».

D'après le sociologue français Émile Durkheim (1858-1917), la déviance résulterait d'un dérèglement social qu'il appelle « **anomie** » (Durkheim, 2013b) (voir la section 6.5). Cette dernière fait référence à une société dans laquelle les normes sont quasi inexistantes ou non reconnues par les individus. L'absence ou le manque de règles sociales amèneraient les individus à suivre leurs passions et à fonctionner davantage de manière indisciplinée, alors que des limites seraient nécessaires pour encadrer les désirs illimités et insatiables des êtres humains. L'anomie rendrait

2 L'ergothérapeute, par ses connaissances en santé, sa vision holistique et son approche systémique, est bien placé pour amener les autres à comprendre la réalité et les comportements des personnes ayant un trouble de santé mentale ainsi que les causes et les conséquences de leur condition de santé. De ce fait, il contribue à réduire les idées jugées fausses et les préjugés négatifs qui nuisent à leur traitement, à leur bien-être et à leur inclusion sociale.

également plus difficile la reconnaissance des comportements et des actions socialement acceptables.

Comme la déviance était davantage observée dans certains groupes ou sociétés, le sociologue étatsunien Robert K. Merton (1910-2003) a élaboré une théorie pour expliquer ce phénomène social (Merton, 1997). On l'appelle aussi la «**théorie de l'anomie de Merton**» (Pratt et Cullen, 2005). Plus particulièrement, cette théorie vise à expliquer comment les structures sociales amènent des individus, au-delà de leurs caractéristiques personnelles, à adopter des comportements déviants. En ce sens, Merton considère la déviance comme un comportement adapté à la situation sociale de l'individu. Bien que sa théorie ait été développée aux États-Unis au XX<sup>e</sup> siècle, elle permet de saisir les facteurs sociaux influençant l'adaptation sociale d'un individu. Selon sa théorie, on peut observer cinq *modes d'adaptation*, soit : 1) le conformisme; 2) l'innovation; 3) le ritualisme; 4) l'évasion; 5) la rébellion (tableau 6.1). Ces modes d'adaptation sont classés en fonction de l'acceptation ou du refus des buts (ou valeurs) ou des moyens (ou normes de conduite) de la culture dominante.

D'abord, le **conformisme**, mode d'adaptation le plus fréquent, assure la stabilité et la continuité de la société. Dans ce cas, la majorité des individus accepte les buts et les moyens de la société et agit en conformité avec le modèle culturel dominant. Des exemples de conformisme propres aux sociétés occidentales contemporaines incluent d'étudier pour se qualifier pour le marché du travail ou de travailler pour gagner sa vie.

L'**innovation** se réfère à une acceptation des buts de la société, mais avec le recours à des moyens illégaux ou illégitimes pour les atteindre. Il est possible de traduire ce mode d'adaptation par l'expression *la fin justifie les moyens*. Par exemple, dans une société ou un groupe qui valorisent la richesse et le pouvoir, les individus sont généralement incités à utiliser divers moyens pour y accéder. Le vol et la fraude sont des comportements qui illustrent l'innovation.

Dans le **ritualisme**, l'individu rejette les buts de la culture dominante, puisqu'il croit qu'ils sont inaccessibles ou moralement inacceptables, mais il continue à agir de manière légale et légitime. Dans ce cas, l'individu pourrait renoncer au succès personnel ou à la prospérité matérielle, même si cela est valorisé dans la société, et chercher à se rassurer en respectant les règles sociales, parfois même de manière exagérée. En ce sens, le ritualisme peut prendre la forme de la surconformité. Merton (1997) donne l'exemple du fonctionnaire qui applique de manière scrupuleuse les règles et les procédures d'une organisation bureaucratique. Ce comportement ressemble à celui de Pierre dans la mise en situation. Un autre exemple pourrait être celui d'une personne qui devient membre d'un groupe religieux, même s'il est une secte jugée illégitime ou illégale, tout en se comportant de manière socialement acceptable.

L'**évasion** consiste à renoncer à la fois aux buts et aux moyens de la société. Ce mode d'adaptation serait le plus rare selon Merton (1997), du moins dans le contexte sociohistorique au sein duquel il a développé sa théorie. L'individu rejette à la fois les valeurs et les

TABLEAU 6.1

Les modes d'adaptation selon Merton (1997)

Mode d'adaptation	But	Moyen
Conformisme	Acceptation	Acceptation
Innovation	Acceptation	Refus
Ritualisme	Refus	Acceptation
Évasion	Refus	Refus
Rébellion	Refus, mais nouveaux buts	Refus, mais nouveaux moyens

normes de conduite, ce qui mène souvent, selon Merton, à des comportements excessifs jugés illégitimes, comme la toxicomanie, l'alcoolisme et le jeu pathologique. Le décrochage scolaire, l'itinérance et une vie recluse sont des exemples qui font partie de cette catégorie. Plusieurs comportements de Paul s'inscrivent dans ce mode d'adaptation.

Enfin, la **rébellion** s'observe lorsque des individus n'adhèrent pas au modèle culturel dominant, mais qu'ils proposent de nouveaux buts et moyens. On pourrait aussi parler de contre-culture (voir le chapitre 2). Ce mode d'adaptation s'observe chez les groupes politiques révolutionnaires, mais aussi chez les groupes activistes extrémistes ou terroristes.

À l'exception du conformisme, tous ces modes d'adaptation peuvent être considérés comme des formes de déviance (Denis *et al.*, 2013). Néanmoins, le ritualisme est la forme de déviance la moins dérangeante pour une société, puisqu'elle se limite à un débat d'idées, de valeurs, de croyances ou d'idéologies. En revanche, lorsque des individus ou des groupes refusent les moyens légaux et légitimes, cela peut mener à l'adoption de comportements violents ou destructeurs, comme des combats armés et des homicides. Conséquemment, l'innovation, l'évasion et la rébellion constituent les modes d'adaptation les plus menaçants pour l'harmonie et la pérennité d'une société, et qui sont au cœur de la dynamique du changement social.

Selon la théorie de Merton (1997), la déviance est inévitable si les buts de la société sont inaccessibles pour tous ou si les moyens sont insuffisants pour permettre à chacun de les atteindre. On n'a qu'à penser au «rêve américain» selon lequel n'importe qui pourrait devenir riche grâce à son travail, à ses efforts et à sa persévérance. Pourtant, cette vision, en plus de soulever des questionnements éthiques sur le plan écologique, omet de considérer les divers facteurs personnels, sociaux, culturels, politiques, économiques, circonstanciels et occupationnels influençant la trajectoire de vie d'un individu. De plus, les inégalités socioéconomiques ne cessent de se creuser dans la plupart des pays occidentaux (voir le chapitre 7). On peut aussi remettre en question le modèle de beauté promu dans les médias, auquel ne correspond qu'une minorité d'individus et qui contribue à l'accroissement des troubles du comportement

alimentaire. Ainsi, pour réduire la déviance dans la société, il faudrait s'attarder davantage aux buts et aux moyens collectifs qu'aux comportements des individus. En ergothérapie, lorsqu'on fait la promotion de buts sociétaux, comme la santé, l'inclusion sociale et la justice occupationnelle, et qu'on agit pour les rendre accessibles à tous, on contribue à réduire les modes d'adaptation relevant de la déviance, dont la criminalité.

#### 6.3.2.1

### Criminalité

La **criminalité** correspond généralement à la forme la plus extrême de déviance (Denis *et al.*, 2013). Elle se caractérise par la transgression des lois du code criminel. La criminalité dépasse le simple comportement considéré comme illégal ou illégitime, comme prendre un train sans titre de transport ou dépasser la limite de vitesse en voiture, mais implique des gestes jugés graves, comme agresser ou tuer une personne. En revanche, la criminalité d'un acte, et donc sa gravité, est relative au code criminel de chaque pays ou époque (Pires, 1994). Par exemple, la possession et l'usage du cannabis constituent une infraction criminelle dans plusieurs pays, alors que d'autres ont décriminalisé cette pratique ou la tolèrent sans la punir sous certaines conditions, comme la Belgique, le Canada, les Pays-Bas et la Suisse.

La criminalité prend différentes formes qu'il est possible de regrouper en quatre catégories, soit : 1) les crimes contre la personne, qui portent atteinte à son intégrité physique (p. ex. une agression sexuelle, un meurtre, une voie de fait); 2) les crimes contre la propriété (p. ex. l'incendie criminel, le vol); 3) les crimes économiques (p. ex. la corruption, l'évasion fiscale, la fraude); 4) le crime organisé impliquant une organisation illégale comme la mafia (p. ex. le trafic de stupéfiants, d'armes ou d'êtres humains). On utilise aussi les termes *crimes d'agression* et *d'appropriation* pour se référer respectivement aux crimes contre la personne et contre la propriété (Ouimet, 2010). Selon le code criminel de chaque pays, il existe d'autres types de crimes qui ne font pas partie de ces catégories, comme la possession de drogue et la conduite en état d'ébriété.

Pour décrire l'ampleur et l'évolution de la criminalité dans un contexte donné, on a recours à différentes mesures (Léauté, 2017; Ocqueteau, 2019; Thibaut, 2015). D'abord, les statistiques policières permettent de mesurer la **criminalité apparente**, soit les actes criminels signalés à la police. Toutefois, tous les crimes ne sont pas dénoncés aux autorités policières. En effet, une personne peut préférer ne pas signaler un crime si elle considère que l'acte n'est pas si grave, que la police ne pourra rien faire de plus ou qu'il s'agit d'une affaire personnelle, si elle craint des représailles du fautif ou encore, si elle se méfie du système judiciaire. Dans le cas de Paul, on peut penser que la police ignore ses petits délits commis dans le passé si personne ne les a signalés. Par ailleurs, certains crimes, comme la fraude, sont pris en charge par d'autres organes. Lorsqu'un signalement de crime fait l'objet d'un enregistrement par la police ou un autre service, on parle de **criminalité enregistrée**. Cependant, certains signalements s'avèrent enregistrés à tort, alors que d'autres ne sont pas retenus par la police. D'autres statistiques officielles nous informent sur la **criminalité légale**, soit l'ensemble des actes sanctionnés en vertu du code criminel. Cependant, aucune de ces données ne nous renseigne sur la **criminalité réelle**, c'est-à-dire l'ensemble des crimes commis dans un contexte spatiotemporel donné. À vrai dire, ce concept demeure difficilement opérationnel, puisque certains actes criminels ne sont jamais connus des autorités, ce qu'on appelle le « **chiffre noir** ». Néanmoins, il est possible d'utiliser des sondages de victimisation, par l'intermédiaire des appels téléphoniques auprès d'un échantillon représentatif d'une population donnée, pour estimer la criminalité réelle (Ouimet, 2010). Ces sondages démontrent clairement que certains crimes, comme les agressions sexuelles, sont sous-déclarés à la police. Par contre, cette méthode ne permet pas de joindre certains groupes ou catégories d'individus à haut risque de victimisation, comme les personnes itinérantes et celles institutionnalisées, et ne renseigne que sur les crimes contre la personne et la propriété.

Pour bien comprendre le phénomène de la criminalité, il est également utile d'avoir recours à des méthodes qualitatives, comme des entrevues

semi-structurées, pour approfondir et saisir certaines dimensions difficilement quantifiables, comme l'expérience vécue des personnes concernées, le sens qu'elles donnent à l'acte subi ou commis, ainsi que les conséquences engendrées sur les plans personnel, social et occupationnel (Poupart et Couvrette, 2018). Dans le cadre de la pratique, l'établissement du lien de confiance peut d'ailleurs amener une personne, qui a subi ou commis un acte criminel, à se confier à l'ergothérapeute. Par exemple, Paul pourrait informer son ergothérapeute sur ses délits commis dans le passé. Si la situation se présente, l'ergothérapeute doit être en mesure d'accueillir ses propos avec une attitude ouverte et compréhensive pour ne pas affecter la relation thérapeutique. Le fait de mieux comprendre le phénomène de la criminalité, particulièrement les facteurs prédictifs reliés au contexte de vie, peut aider l'ergothérapeute à adopter une telle attitude et à dépasser ses préjugés, tant au sujet de la personne accusée ou condamnée que de la victime.

Même s'il est difficile de comparer la criminalité entre les pays, en raison des différences concernant les définitions et les catégories de crimes, les systèmes juridiques et les mesures de criminalité, des données permettent d'observer certaines tendances. Selon des statistiques internationales, dans la plupart des pays, sauf certains d'Amérique centrale et des Caraïbes, on note une diminution du taux d'homicides (Harrendorf, Heiskanen et Malby, 2010). Bien que les médias nous donnent l'impression contraire, un déclin de la violence, incluant les homicides, est observé sur le plan mondial depuis des siècles et des décennies (Pinker, 2017). Ce déclin s'explique par divers facteurs sociaux, culturels et politiques, tels que la pacification des relations entre les États, l'abolition de pratiques cruelles, comme l'esclavage et la torture, et la reconnaissance des droits des femmes, des enfants, des personnes ayant une déficience ou un trouble de santé mentale, des minorités culturelles (p. ex. ethniques, linguistiques et religieuses) et des personnes de la diversité sexuelle<sup>3</sup>. Néanmoins, on note, au cours des dernières années, une augmentation des homicides dans certaines régions du monde, particulièrement en Afrique du Sud, dans les Caraïbes et en Amérique centrale (Harrendorf *et al.*, 2010). L'accroissement du

3 Le terme *personnes de la diversité sexuelle* est expliqué dans la section 9.2 dans le chapitre 9.

taux d'homicides à ces endroits serait dû au crime organisé, au trafic de la drogue et aux bandes de rue. Par ailleurs, le taux de criminalité dans un pays serait corrélé au niveau d'inégalités socioéconomiques dans celui-ci (Wilkinson et Pickett, 2013). En d'autres mots, plus les écarts de revenus s'accroissent dans un pays, plus la criminalité, en particulier les homicides et les agressions, risque d'augmenter. Les sociétés les plus inégalitaires sont aussi celles qui investissent le moins dans la santé et l'éducation de leur population (Wilkinson et Pickett, 2013). En revanche, elles dépensent une grande part de leur budget dans leurs systèmes juridique et pénal, en plus d'être généralement davantage punitives (encadré 6.3).

Toujours d'un point de vue géographique, la criminalité serait plus élevée en milieu urbain qu'à la campagne, tout en se manifestant différemment (Léauté, 2017). Les crimes contre la personne, comme les infanticides, l'inceste et l'empoisonnement,

seraient plus fréquents en milieu rural, alors qu'en ville, on retrouve davantage de crimes contre la propriété, comme les vols et les cambriolages, de crimes économiques, comme le détournement de fonds publics, et de crimes organisés, comme le proxénétisme et la traite d'êtres humains. L'accroissement de la criminalité en ville s'explique par divers facteurs, dont l'anonymat des lieux et le manque de surveillance des jeunes (Léauté, 2017). D'ailleurs, l'absence de loisirs organisés pour les jeunes dans certains quartiers des villes contribuerait au développement du phénomène de bandes de rue. À cet effet, des études montrent une corrélation entre l'ennui et les comportements agressifs (Dahlen *et al.*, 2006). L'ergothérapeute pourrait donc jouer un rôle en prévention des agressions et des crimes, notamment en travaillant avec les municipalités, les quartiers, les écoles ou les organismes communautaires pour évaluer les besoins des jeunes en matière d'activités récréatives ou

#### ENCADRÉ 6.3

#### La justice restauratrice

Fondés sur la justice punitive (ou la répression), les systèmes pénaux classiques tendent à aggraver le problème de la criminalité, puisque les détenus sont souvent plus violents et moins adaptés socialement à la suite de leur incarcération (Wilkinson et Pickett, 2013). En fait, plus un individu est incarcéré longtemps, plus il risque de devenir un criminel endurci et d'avoir de la difficulté à s'adapter à la vie en dehors du milieu carcéral. Devant l'échec de l'incarcération et à cause d'autres insatisfactions liées aux systèmes pénaux classiques, comme la déception des victimes et les coûts excessifs du processus judiciaire, des approches fondées sur la *justice restauratrice* (ou réparatrice) ont été proposées et adoptées dans certains pays occidentaux, dont le Canada (Lecompte, 2012). La justice restauratrice vise à réparer les torts causés aux victimes et à maintenir la sécurité et la paix au sein de la société. Alors que la justice punitive se centre surtout sur la peine à infliger au coupable, la justice restauratrice

se préoccupe principalement des besoins de la victime et de la responsabilisation du contrevenant face au tort causé. Par ailleurs, contrairement à la justice punitive qui tente de faire peur aux coupables potentiels et réels par la sévérité des peines carcérales, la justice restauratrice cherche à susciter un sentiment d'empathie envers la victime chez l'agresseur afin qu'il ne commette pas à nouveau d'acte répréhensible. La justice restauratrice nécessite la présence d'au moins trois acteurs: 1) la victime, qui consent à y participer de manière libre et éclairée; 2) le contrevenant, qui reconnaît sa culpabilité; 3) un médiateur (ou facilitateur) formé et compétent. La médiation victime-coupable et la médiation communautaire sont des exemples de mesures restauratrices. Les principaux avantages de la justice restauratrice comprennent la satisfaction des victimes face au processus judiciaire, la responsabilisation et la réintégration sociale du contrevenant ainsi que la réduction des récidives.

parascolaires ou de projets signifiants. Ainsi, il pourrait contribuer à prévenir la fréquentation des bandes de rue chez les jeunes, comme Paul autrefois (encadré 6.4).

De plus, la criminalité, comme les agressions violentes contre la personne, la vente de drogues illégales et l'immigration clandestine, s'avère plus fréquente dans les quartiers défavorisés et multiculturels (Dortier, 2008; Laforest, 2008). Toutefois, lorsqu'on considère certains crimes, dont la fraude fiscale, la corruption et le harcèlement sexuel, elle s'élargit à d'autres milieux sociaux (Dortier, 2008). Néanmoins, ce sont dans les quartiers défavorisés et multiculturels que l'on retrouve le plus de familles monoparentales, ce qui limite l'encadrement des jeunes, et d'individus au chômage (Laforest, 2008). En outre, l'hétérogénéité ethnique des quartiers générerait des conflits se concrétisant par la criminalité. Une méta-analyse portant sur les facteurs prédictifs macrosociaux de la criminalité a d'ailleurs démontré que la concentration de désavantages sociaux, comme l'hétérogénéité ethnique, la pauvreté et la dislocation familiale, telle la monoparentalité, prédit fortement la criminalité (Pratt et Cullen, 2005). Ces résultats démontrent la robustesse des théories de la désorganisation sociale et de la privation économique. Selon la *théorie de la désorganisation sociale*, les différences de taux de

criminalité entre les quartiers sont dues à des facteurs structurels, comme la pauvreté, l'hétérogénéité ethnique et la mobilité résidentielle, qui empêchent les communautés de s'organiser collectivement dans ces conditions. La *théorie de la privation économique* explique le haut taux de criminalité par le niveau de pauvreté ou d'inégalités socioéconomiques. Si la pauvreté et l'hétérogénéité ethnique constituent des facteurs macrosociaux prédictifs de la criminalité, précisons que c'est avant tout la désorganisation et la défavorisation socioéconomique d'un territoire qui produisent la criminalité et non le fait qu'un individu soit pauvre ou d'une autre origine ethnique. Comme ergothérapeute, il importe de reconnaître qu'un contexte de vie désorganisé, instable, conflictuel, appauvri ou inéquitable favorise l'adoption de comportements et d'occupations jugés socialement inacceptables, malsains ou nuisibles, peu importe les caractéristiques de l'individu. Dans le cas de Paul, on ne peut ignorer son contexte de vie, lequel encourage l'adoption de comportements déviants, et même criminels.

D'autres théories sont modérément soutenues sur le plan scientifique pour expliquer la criminalité sur le plan macrosocial, soit les théories de l'anomie de Merton, des activités routinières et du soutien social (Pratt et Cullen, 2005). Comme vu précédemment,

#### ENCADRÉ 6.4

#### Ergothérapie auprès des jeunes de la rue

Dans les pays en développement et industrialisés, on retrouve de plus en plus de jeunes vivant dans la rue (Densley et Joss, 2000). Si vivre dans la rue est souvent une fuite temporaire des problèmes familiaux ou interpersonnels dans les pays développés, il s'agit généralement d'une condition permanente subie en raison des problèmes économiques dans les pays en développement. Les jeunes de la rue sont plus à risque d'être malades et abusés, de ne pas accéder à des services de santé et d'éducation, et d'avoir des possibilités récréatives, éducatives et vocationnelles limitées. L'ergothérapeute peut intervenir auprès de ces jeunes en leur permettant de

s'engager dans diverses activités, soit récréatives, éducatives ou vocationnelles. Par le biais de l'activité, il peut apprendre à mieux les connaître tout en développant un lien de confiance avec eux pour les aider à améliorer leurs conditions de vie (De Chasse, 2011). L'activité peut avoir divers objectifs spécifiques, comme l'amélioration de l'image de soi et le développement de compétences sociales et d'un savoir-faire. Plus globalement, l'intervention auprès des jeunes de la rue vise à les amener à accéder, entre autres, à un logement, à des services de santé et d'éducation ou à une vie professionnelle.

la théorie de l'anomie de Merton permet de voir la criminalité comme un mode d'adaptation en raison de l'atteinte inaccessible de buts de la société, comme la réussite financière, et des moyens insuffisants pour y parvenir, particulièrement lorsqu'on se retrouve en situation de pauvreté ou de dévalorisation sociale (voir la section 6.4.2). De ce point de vue, la criminalité est renforcée par les institutions sociales qui encouragent la réussite financière sans s'attaquer à la pauvreté et aux inégalités socioéconomiques. La *théorie des activités routinières* explique la criminalité en fonction des possibilités dans la vie quotidienne de l'individu de participer à des activités criminelles. Par exemple, un jeune qui ne va pas aller à l'école, qui ne travaille pas ou qui manque d'encadrement parental serait plus susceptible de prendre part à ce type d'activités. Selon la *théorie du soutien social*, les relations interpersonnelles ainsi que les services sociaux, de santé et d'éducation offerts dans la communauté diminuent la criminalité. Ainsi, certains facteurs, comme les buts socialement encouragés, les possibilités occupationnelles et le soutien social, peuvent avoir un effet modéré sur la criminalité. L'ergothérapeute a donc avantage à considérer ces facteurs, particulièrement lorsqu'il intervient en milieu défavorisé et multiculturel. En aidant sa clientèle à définir et à atteindre des buts occupationnels socialement valorisés ou acceptables, en cohérence avec ses champs d'intérêt et ses compétences, l'ergothérapeute réduit ses possibilités d'engagement dans des activités criminelles - ou nuisibles à autrui -, tout en contribuant à accroître son soutien social par la création de relations interpersonnelles.

La *théorie du choix rationnel* est aussi utilisée pour expliquer la criminalité d'un point de vue écologique, mais elle s'avère peu soutenue scientifiquement (Pratt et Cullen, 2015). D'après cette théorie, les crimes diminuent en fonction de la certitude et de la sévérité de la punition. Cependant, la méta-analyse de Pratt et Cullen (2015) montre que la surveillance policière et le système de justice pénale ont un faible effet sur le taux de criminalité.

Ces constats mettent en évidence que les États devraient investir dans des mesures préventives plutôt que coercitives pour réduire la criminalité. D'une part, ils devraient s'attaquer en priorité aux causes

structurelles, comme les inégalités socioéconomiques et la pauvreté (voir le chapitre 7) ainsi que les relations interculturelles (voir le chapitre 8). D'autre part, ils devraient revoir les buts promus par leurs institutions et les moyens mis en place pour les atteindre, de même qu'investir davantage dans des mesures renforçant la cohésion sociale et favorisant la participation sociale de tous. Conscient de ces enjeux sociopolitiques, l'ergothérapeute peut, en tant qu'agent de changement, saisir les occasions pour informer ses concitoyens ainsi que les décideurs politiques sur les facteurs macrosociaux ayant le plus d'effet sur la criminalité et, conséquemment, sur la justice sociale et occupationnelle. Par exemple, il pourrait prendre la parole lors d'une discussion sur la criminalité en expliquant l'importance des mesures préventives, comme la possibilité pour tous de vivre dans des conditions de vie socialement acceptables et de participer à des occupations signifiantes.

Bien que la criminalité soit davantage causée par des facteurs structurels, des préjugés persistent à l'égard des personnes en situation de pauvreté et, particulièrement, à l'égard des minorités ethniques. Ces préjugés sont à la base du **profilage racial ou ethnique**, soit l'application de sanctions par des personnes en situation d'autorité, comme les policiers ou les juges, sur la base de critères d'appartenance réels ou supposés, comme la couleur de la peau, l'origine ethnique ou la religion (Turenne, 2005). Cette forme de discrimination fait en sorte que certains groupes ou catégories d'individus, comme les personnes noires et les Autochtones, sont souvent jugés plus sévèrement que les personnes blanches par les représentants de la loi. Conséquemment, certaines personnes sont plus à risque d'être arrêtées ou emprisonnées, en raison de la couleur de leur peau ou de leur appartenance ethnique ou religieuse. Le profilage racial explique d'ailleurs pourquoi les minorités ethniques et les Autochtones sont surreprésentés dans les prisons, notamment au Canada (Brassard, Felices et Jaccoud, 2003). Notons aussi que les prisonniers sont majoritairement des hommes dans la trentaine de milieux défavorisés (Penal Reform International, 2015).

Dans toutes les sociétés, les actes de violence, dont les homicides, sont principalement commis et subis par de jeunes hommes de milieux défavorisés



(Wilkinson et Pickett, 2013). Selon les psychologues évolutionnistes canadiens Martin Daly et Margo Wilson (1942-2009), cela s'expliquerait, entre autres, par le fait que la réussite sexuelle des hommes dépend principalement de leur statut social, et non de l'apparence physique comme chez les femmes (Daly et Wilson, 1988). De ce fait, les jeunes hommes en bas de l'échelle sociale, privés de ressources, n'auraient souvent pas d'autres choix que de se battre pour garder la face, soit le peu de valeur sociale positive qu'ils ont, et qu'en plus, ils auraient peu à perdre à cette période de leur vie. De plus, les stéréotypes masculins, dont la rudesse et l'agressivité, exerceraient une forte pression sociale sur les garçons de milieux défavorisés (Bouchard et Saint-Amant, 1993), ce qui pourrait expliquer une plus grande propension à la violence chez ce groupe ou catégorie d'individus. Par ailleurs, la violence conjugale, dont les femmes sont le plus souvent victimes, exprimerait une manifestation de la revendication du droit de propriété des hommes sur leur partenaire (Wilson et Daly, 1996). Toutefois, la violence chez les hommes tendrait à diminuer, notamment parce qu'elle n'est plus un atout pour la reproduction humaine, comme autrefois dans les sociétés tribales (Pinker, 2017).

Dans une autre méta-analyse, Pratt et Cullen (2005) ont testé la **théorie générale du crime de Gottfredson et Hirshi** affirmant qu'une faible autorégulation (ou maîtrise de soi), observable notamment par de l'impulsivité, une recherche de sensations et une faible tolérance à la frustration, est la cause principale des comportements délinquants. Si une faible autorégulation prédit fortement l'implication dans des activités criminelles, elle n'est pas la seule cause : d'autres facteurs doivent être considérés, comme l'acquisition de valeurs antisociales et la fréquentation de pairs délinquants. Ces résultats démontrent le rôle important de la socialisation sur le développement et les comportements de l'individu. Comme vu dans les chapitres 2 et 4, l'enfance est une période de vie importante d'intériorisation de valeurs par l'habitus et d'acquisition de capacités, comme l'autorégulation. Soulignons que la stabilité du milieu de vie et la participation à des jeux symboliques constituent des moyens favorisant le développement de l'autorégulation chez l'enfant (Bodrova et Leong, 2011; Cyrulnik,

2004). Lorsque l'ergothérapeute intervient pour améliorer l'autorégulation des enfants (Hui, Snider et Couture, 2016), il contribue ainsi indirectement à la prévention de la criminalité. Rappelons aussi qu'en favorisant l'engagement des jeunes dans des activités variées, on diminue leurs risques de fréquentation de bandes de rue.

Bien que des liens entre les troubles graves de santé mentale et la criminalité aient déjà été établis, il importe de savoir qu'une faible proportion des personnes atteintes commettent des crimes ou des actes violents (Côté et Crocker, 2000; Dubreucq, Joyal et Millaud, 2005). À vrai dire, le simple fait de présenter un trouble grave de santé mentale ne rend pas la personne dangereuse pour autrui. D'autres facteurs, comme des antécédents familiaux de criminalité, la non-observance du traitement, l'abus de substances et une personnalité antisociale, doivent être pris en compte. Par ailleurs, le manque de services dans la communauté destinés aux personnes ayant un trouble de santé mentale accroît leur risque d'implication dans des activités criminelles, surtout si elles vivent dans un quartier défavorisé ou « désorganisé » (Markovitz, 2011). D'ailleurs, le nombre de personnes ayant un trouble de santé mentale est supérieur en milieu carcéral que dans la population générale (Côté et Crocker, 2000). En tant que professionnel de la santé, l'ergothérapeute doit être conscient des risques de criminalisation des personnes ayant un trouble de santé mentale lorsque celles-ci ne reçoivent pas les services requis (encadré 6.5). D'ailleurs, comme agents de changement, les ergothérapeutes pourraient revendiquer un meilleur accès aux services d'ergothérapie en santé mentale dans la communauté.

Alors que la déviance, incluant la criminalité, renvoie avant tout à un comportement hors-norme ou à un mode d'adaptation dans une situation ou un contexte sociaux donnés, elle mène souvent à l'apposition d'une étiquette. Ce processus d'étiquetage résulte du fait que la déviance est une construction sociale, puisque comme le souligne Becker (1985, p. 32-33, l'italique est dans le texte),

*les groupes sociaux créent la déviance en instituant des normes dont la transgression constitue la déviance, en appliquant ces normes à certains individus et en*

## ENCADRÉ 6.5

## Ergothérapie dans le système de justice pénale

Bien que la pratique dans le système de justice pénale soit encore marginale, certains ergothérapeutes y sont employés, principalement pour intervenir auprès des personnes détenues ayant un trouble de santé mentale (Chui *et al.*, 2016). Selon le pays, ils travaillent, entre autres, dans des prisons, des instituts de psychiatrie légale et des centres correctionnels communautaires (Muñoz, Moreton et Sitterly, 2016). Leurs interventions, souvent réalisées en groupe, ciblent majoritairement le développement de compétences sociales. Parmi les autres cibles communes, on retrouve la résolution de problèmes, la gestion du stress et des émotions, l'établissement de buts, le travail, les loisirs, le budget et la condition physique. Considérant que la plupart des personnes détenues vivent de

la privation occupationnelle, comme de l'ennui dû à un manque d'activités significatives (Falardeau, Morin et Bellemare, 2015), les ergothérapeutes pourraient jouer un rôle plus large en milieu carcéral. En adoptant une approche globale qui tient compte à la fois des besoins des personnes détenues en matière d'occupations, de réadaptation et de réintégration sociale, ils pourraient collaborer, par exemple, à la mise en place d'activités variées favorisant le bien-être, le développement de compétences occupationnelles, l'établissement de buts occupationnels et l'engagement dans des rôles sociaux valorisant, tant en milieu carcéral que dans la communauté (Royal College of Occupational Therapists, 2017).

les étiquetant comme déviants. De ce point de vue, la déviance *n'est pas* une qualité de l'acte commis par une personne, mais plutôt une conséquence de l'application, par les autres, de normes et de sanctions à un « transgresseur ». Le déviant est celui auquel cette étiquette a été appliquée avec succès et le comportement déviant est celui auquel la communauté attache cette étiquette.

Ainsi, l'étiquette de « déviant » ne résulte pas du comportement en soi, mais du fait que les autres appliquent les normes et les sanctions établies par la société ou le groupe. En revanche, lorsqu'on appose une étiquette à un individu, en signifiant qu'il est « toxicomane », « alcoolique », « itinérant » ou « criminel », on associe son comportement à sa personnalité, ce qui affecte son identité individuelle, sociale et occupationnelle. D'une part, cette étiquette laisse croire que le comportement de la personne fait partie de sa condition et qu'il s'agit d'un cas irrécupérable. D'autre part, elle dévalue son statut social ainsi que ses occupations, qu'on juge socialement inacceptables. C'est ainsi que l'adaptation sociale pathologique mène souvent à l'inadaptation sociale.

## 6.4

## INADAPTATION SOCIALE

Si l'adaptation sociale pathologique implique de faire partie d'un groupe illégal ou illégitime ou encore de se surconformer, l'**inadaptation sociale** désigne le fait d'être inapte à appartenir à un groupe et à fonctionner en société (Denis *et al.*, 2013). Comme pour la déviance, il s'agit d'une construction sociale, puisque c'est la société ou le groupe qui détermine les règles de l'inadaptation sociale. Pour bien comprendre l'inadaptation sociale, il importe de s'attarder à cinq phénomènes interreliés : la marginalité, la marginalisation, la stigmatisation et l'exclusion sociale.

## 6.4.1

**Marginalité et marginalisation**

La **marginalité** désigne la situation des individus qui ne fonctionnent pas en conformité avec le modèle culturel dominant (Denis *et al.*, 2013). Elle

est généralement reliée à la déviance. Néanmoins, la déviance a souvent une connotation illégale, alors que la marginalité relève davantage de l'exclusion sociale. Certains individus, en raison de leur condition ou situation, ne peuvent se comporter et agir conformément à certaines normes. En ergothérapie, les personnes rencontrées présentent souvent des incapacités rendant leurs gestes ou leurs comportements «anormaux» du point de vue des autres. Conséquemment, elles sont plus à risque d'être marginalisées.

La **marginalisation** renvoie au fait ou à l'action de marginaliser, ce qui peut inclure de se marginaliser soi-même ou d'être marginalisé (Denis *et al.*, 2013). Ce processus, associé à l'exclusion sociale, amène des individus à fonctionner en dehors des normes et des valeurs dominantes au sein de la société. Trois critères de marginalisation permettent de reconnaître une personne marginale dans nos sociétés occidentales: 1) le mode de vie; 2) l'exclusion du monde du travail; 3) le refus du pouvoir (Denis *et al.*, 2013).

D'abord, les individus qui adoptent certains modes de vie, comme adhérer à une secte ou vivre en autarcie, sont considérés comme marginaux. Ensuite, le fait de ne pas participer au monde du travail, que cela soit voulu ou imposé, mène souvent à la marginalisation, si l'individu est perçu comme non productif ou peu utile à la société et qu'il ne peut se procurer certains biens et services comme la majorité. Ainsi, les personnes qui doivent arrêter de travailler de façon prolongée en raison d'un accident ou d'une maladie ou qui ont de la difficulté à se trouver un emploi à cause de leur condition de santé sont à risque de marginalisation. Les personnes qui sont analphabètes, peu scolarisées ou sous-qualifiées sur le plan professionnel peuvent aussi faire face au défi de l'emploi. Enfin, refuser de participer à la prise de décisions sociétales, comme voter aux élections, peut être perçu comme de la marginalité, selon le contexte sociohistorique ou socioculturel. L'itinérance, comme dans le cas de Paul, est l'exemple le plus extrême de marginalité, puisqu'il regroupe les trois critères de marginalisation (Denis *et al.*, 2013).

Si un individu peut choisir d'être marginal, le fait d'être marginalisé relève de la société ou du groupe (Denis *et al.*, 2013). C'est la société ou le groupe qui détermine les critères de marginalisation. Lorsqu'un individu est étiqueté comme marginal

par les autres, cela fait de lui un «anormal» contre son gré et mène souvent à la stigmatisation.

#### 6.4.2

### Stigmatisation

Les individus considérés comme marginaux ou différents se voient souvent attribuer une étiquette sociale qui les discrédite, ce qui nuit à leur acceptation sociale et donc, à leur intégration sociale. C'est ce qu'on appelle la «**stigmatisation**» (Denis *et al.*, 2013; Fortier et Pizarro Noël, 2013). Ce terme s'appuie sur la notion de *stigmaté*, qui désigne une caractéristique d'un individu, comme son apparence, son sexe ou son groupe ethnique, qui a pour effet de le dévaloriser ou le déclasser socialement. Le terme *stigmaté* a été inventé par les Grecs pour désigner les marques corporelles infligées, avec un couteau ou un fer chaud, aux individus considérés comme inférieurs socialement, comme les esclaves, ou indignes moralement, comme les criminels (Goffman, 1974). De nos jours, le stigmaté désigne une étiquette ou un attribut, basés sur un jugement de valeur, pour signifier la différence ou l'anormalité d'un individu, en particulier ses lacunes, ses défauts ou ses manques. La stigmatisation est un processus de discréditation ou dévalorisation sociales.

Selon le sociologue nord-américain Erving Goffman (1922-1982), qui a fait du stigmaté un concept sociologique, la stigmatisation repose sur la différence au regard de la norme ou du modèle culturel dominant (Goffman, 1974). Ainsi, les individus qu'on ne considère pas comme «normaux» se voient à risque d'être stigmatisés. Goffman distingue trois types de stigmatés: 1) ceux basés sur l'apparence corporelle (p. ex. une déficience physique, une malformation, une défiguration); 2) ceux basés sur le caractère (p. ex. le manque de volonté, la malhonnêteté, l'alcoolisme, un trouble de santé mentale); 3) ceux basés sur l'appartenance ethnique ou culturelle (p. ex. la couleur de la peau, la religion, la nationalité). Conséquemment, certaines caractéristiques personnelles ou sociales sont porteuses de stigmatés. Toutefois, c'est la société ou le groupe qui en fait des stigmatés. Goffman souligne également la différence entre l'individu discrédité, c'est-à-dire celui dont la différence est visible ou

connue, et l'individu discréditable, soit celui qui doit dissimuler de l'information sur lui-même, passée ou actuelle, par crainte d'être disqualifié socialement. Par peur d'être stigmatisé, l'individu peut faire semblant d'être «normal» en évitant de rendre visible ou connu son stigmate, que ce soit en camouflant une partie de son corps, en gardant secrètes des informations sur lui ou en se cachant pour agir, par exemple pour prendre de la drogue ou pour embrasser une personne du même sexe. Comme le souligne Goffman, tout individu, selon sa situation sociale ou la période de sa vie, peut se voir considéré comme «normal» ou «stigmatisé».

Comme ergothérapeute, il importe de reconnaître que les personnes rencontrées, en particulier celles ayant des incapacités visibles ou un trouble de santé mentale connu, sont sujettes à la stigmatisation. Même si ce processus de dévalorisation sociale repose sur le regard des autres, les personnes qui en sont victimes ont tendance à intérioriser une identité stigmatisée ou à éprouver de la honte ou de la culpabilité face à leur condition (Blaise, 2001; Fortier et Pizarro Noël, 2013). De ce fait, elles sont plus vulnérables aux charlatans qui souhaitent leur vendre des traitements et surtout, plus enclines à tout essayer pour changer ou améliorer leur condition (Goffman, 1974). En ergothérapie, il faut être conscient des risques d'abus et d'acharnement thérapeutique auprès des personnes stigmatisées ou à risque de l'être. Sur le plan éthique, il importe d'ailleurs de s'assurer de ne pas profiter de la vulnérabilité de sa clientèle en faisant ses recommandations, particulièrement lorsqu'on travaille en pratique privée (libérale). Une personne pourrait aussi refuser une recommandation de l'ergothérapeute, comme une aide technique ou technologique, par crainte d'être stigmatisée. Il est fort possible que, face à deux stigmates, elle choisisse celui qui lui semble moindre (Blaise, 2001). Par ailleurs, une personne pourrait préférer cacher des informations la concernant, comme des antécédents de trouble de santé mentale, un dossier criminel ou une maladie comme le virus de l'immunodéficience humaine, par crainte d'être stigmatisée. La confidentialité fait partie des normes déontologiques de l'ergothérapeute et il est important de le mentionner ou de le rappeler à sa clientèle afin qu'elle se sente en sécurité pour se

confier. Évidemment, l'ergothérapeute se doit de garder le secret professionnel et de recevoir l'information sur sa clientèle sans la discréditer. En somme, il importe que l'ergothérapeute soit sensible à la dimension identitaire liée au stigmate. Comme vu dans le chapitre 4, il peut aider sa clientèle à se construire ou reconstruire une identité positive.

#### 6.4.3

### Exclusion sociale

La marginalisation ou la stigmatisation conduisent généralement à l'**exclusion sociale**, laquelle désigne un processus de mise à l'écart d'un individu ou d'un groupe, de désaffiliation ou d'isolement social, et implique la privation de droits ou privilèges dans la société (Denis *et al.*, 2013; Fortier et Pizarro Noël, 2013). L'exclusion sociale peut aussi être définie comme le résultat de multiples privations qui restreignent la participation d'individus ou de groupes à la vie sociale, économique et politique de la société dans laquelle ils se situent (Giddens *et al.*, 2013). Il s'agit d'une forme d'injustice sociale et occupationnelle, puisqu'elle prive certains individus et groupes des droits ou des ressources nécessaires à leur participation sociale (voir le chapitre 5). Elle exprime également une forme de rejet collectif envers les individus et les groupes qui diffèrent de la norme ou du modèle culturel dominant. Parmi les situations pouvant faire l'objet d'exclusion sociale, on retrouve, entre autres, la présence d'une déficience ou d'un trouble de santé mentale, le manque de qualification professionnelle et la non-hétérosexualité. L'exclusion sociale prend diverses formes, comme l'autoréclusion, la discrimination, la ségrégation et l'intimidation (Denis *et al.*, 2013).

#### 6.4.3.1

### Autoréclusion

L'**autoréclusion** s'observe lorsque l'individu s'isole de lui-même pour éviter le regard d'autrui. On peut penser à des personnes porteuses d'un stigmate basé sur

L'apparence physique qui demeurent chez elles et évitent les lieux publics par peur d'être remarquées. L'obsession d'une dysmorphie corporelle, une préoccupation liée à une imperfection physique peu apparente ou mineure pour autrui, peut aussi mener à l'autoréclusion. Même si c'est l'individu lui-même qui s'impose une privation relationnelle et occupationnelle, il demeure que c'est la pression sociale, réelle ou imaginaire, au regard de la normalité qui l'amène à s'isoler socialement.

#### 6.4.3.2

##### Discrimination

Bien que la **discrimination** puisse être positive lorsqu'elle procure des avantages à un individu ou à un groupe, elle s'avère souvent négative (Fortier et Pizarro Noël, 2018). En effet, elle conduit généralement à traiter de manière injuste une personne sur la base de certaines caractéristiques, comme l'âge, le sexe/genre, l'orientation sexuelle, la couleur de la peau, l'origine ethnique ou la présence d'une condition de santé particulière. La discrimination fait en sorte que certaines personnes rencontrent divers obstacles socioculturels basés sur des préjugés défavorables, qui les empêchent, par exemple, d'avoir accès à un logement ou à un travail. Cela renvoie aux notions de *marginalisation* et d'*apartheid occupationnels* vues dans le chapitre 5. La discrimination peut mener un individu à devoir réaliser un travail au-dessous de ses compétences ou de sa formation, ce qui peut mener à de l'aliénation occupationnelle. Une forme de discrimination à laquelle l'ergothérapeute doit être particulièrement sensible est le **capacitisme**. Il s'agit d'une discrimination fondée sur les capacités de la personne. Plus précisément, le **capacitisme** se définit comme

un système de croyances, semblable au racisme, au sexisme ou à l'âgisme, selon lequel une personne handicapée est moins digne d'être traitée avec respect et égard, moins apte à contribuer et à participer à la société ou moins importante intrinsèquement que les autres. Le capacitisme peut s'exercer de façon consciente ou inconsciente et être inscrit dans

les institutions, les systèmes ou la culture d'une société. Il peut restreindre les possibilités offertes aux personnes handicapées et réduire leur participation à la vie de leur collectivité (Commission ontarienne des droits de la personne, 2016).

Cette forme de discrimination constitue un obstacle à l'intégration sociale des personnes ayant des incapacités. L'ergothérapeute peut agir pour contrer cette forme de discrimination, notamment en rappelant les droits des personnes ayant des incapacités. La notion de *discrimination* est aussi traitée dans le chapitre 8.

#### 6.4.3.3

##### Ségrégation

La **ségrégation** consiste à isoler et à cloisonner certains groupes sur la base de critères de déclassement social, comme un faible statut socioéconomique, l'appartenance à une minorité ethnique ou religieuse ou la présence d'une déficience ou d'un trouble de santé mentale (Fortier et Pizarro Noël, 2018). Elle s'observe de manière spatiale par des regroupements et des séparations plus ou moins imposés sur un territoire, que ce soit dans une ville, une région ou un pays. Par exemple, dans certaines villes, il existe des quartiers défavorisés, gais, ethniques ou religieux, qu'on appelle aussi des « ghettos ». Une forme de ségrégation bien connue est l'**apartheid** qui a eu lieu en Afrique du Sud jusqu'en 1991, d'où le terme *apartheid occupationnel* (voir le chapitre 5). Certaines organisations, comme les écoles spécialisées pour les élèves ayant une déficience ou des incapacités graves, les instituts psychiatriques et les centres d'hébergement pour personnes âgées ou dites handicapées, constituent aussi des formes de ségrégation. Plusieurs ergothérapeutes travaillent dans des lieux qui contribuent à une certaine forme d'exclusion sociale, ce qui les place dans une situation paradoxale au regard des idéaux ou des valeurs de leur profession. Ils doivent donc apprendre à gérer leur inconfort face à cet écart entre l'idéal et la réalité et, si possible, tenter de le réduire en jouant un rôle d'agent de changement (encadré 6.6).

## ENCADRÉ 6.6

## Ergothérapie communautaire en santé mentale

En Suisse romande, des ergothérapeutes ont développé des centres d'ergothérapie communautaire en réaction à la ségrégation et à la stigmatisation des personnes ayant un trouble de santé mentale. Deux de ces centres, Arcade 84 à Genève et l'Étagère à Lausanne, sont situés dans des lieux conviviaux ouverts à la communauté. Par exemple, les gens du quartier peuvent y entrer pour prendre un café ou un repas ou encore pour faire réparer leurs meubles endommagés, ce qui crée des liens avec la communauté. Ces centres offrent ainsi

des services d'ergothérapie aux personnes ayant un trouble de santé mentale dans un cadre le plus «normal» possible. Les interventions incluent principalement des ateliers de groupe, comme la cuisine et la menuiserie, ainsi que des activités dans la communauté, comme des sorties culturelles. Ces interventions visent à développer divers centres d'intérêt et compétences occupationnelles et sociales chez les personnes ayant un trouble de santé mentale, tout en favorisant leur bien-être et leur intégration dans la communauté.

## 6.4.3.4

## Intimidation

L'**intimidation** comprend «tout comportement, parole, acte ou geste délibéré ou non à caractère répétitif, exprimé directement ou indirectement, y compris dans le cyberspace, dans un contexte caractérisé par l'inégalité des rapports de force entre les personnes concernées, ayant pour effet d'engendrer des sentiments de détresse et de léser, blesser, opprimer ou ostraciser» (Gouvernement du Québec, 2012). Le terme *harcèlement psychologique* est aussi utilisé comme synonyme d'*intimidation*, particulièrement en milieu de travail. Plus précisément, le harcèlement psychologique se définit comme une conduite humiliante, offensante ou abusive «qui se manifeste par des comportements, des paroles, des actes ou des gestes répétés, hostiles ou non désirés, qui portent atteinte à la dignité ou à l'intégrité psychologique ou physique» de la personne et qui rend le climat de travail ou d'étude néfaste (Gouvernement du Québec, 2017). L'intimidation peut être physique (p. ex. bousculer ou pousser l'autre), verbale (p. ex. insulter, ridiculiser, menacer), sociale (p. ex. propager une rumeur, humilier, mépriser du regard), matérielle (p. ex. détruire, vandaliser) ou virtuelle (p. ex. envoyer des menaces par courriels, ternir la réputation d'une personne via les médias sociaux). Considérée comme une forme de stress social, l'intimidation rendrait les victimes plus sujettes à la dépression et au suicide à l'âge

adulte (Meltzer *et al.*, 2011). Si ce phénomène a toujours existé, il prend aujourd'hui de l'ampleur avec la cyberintimidation, qui serait davantage associée au suicide que l'intimidation traditionnelle (Gini et Espelage, 2014). En ergothérapie, les personnes rencontrées, en particulier les enfants et les jeunes ayant des incapacités (Ervin, 2011; Pinquart, 2017), peuvent être sujettes à l'intimidation. Si l'ergothérapeute peut les aider à développer leurs compétences à agir et à interagir avec les autres, il ne devrait pas négliger l'importance des activités de préparation et de sensibilisation auprès des pairs ou des collègues. Comme pour la criminalité, l'ennui chez les jeunes devrait aussi être exploré pour comprendre le phénomène de l'intimidation, incluant la cyberintimidation (Quintin, Jasmin et Théodoropoulou, 2016). En contribuant à réduire l'intimidation, l'ergothérapeute agit aussi en prévention de la dépression et du suicide.

## 6.5

## SUICIDE

Le **suicide** désigne l'acte de mettre fin volontairement à ses jours. Durkheim (2013b, p. 5, en italique dans le texte), qui a développé une théorie sur le suicide, le définit comme «*tout cas de mort qui résulte directement*

*d'un acte positif ou négatif, accompli par la victime elle-même et qu'elle savait devoir produire ce résultat*». Développée à partir de données statistiques provenant de différents pays et contextes socioculturels, la **théorie sur le suicide de Durkheim** aide à comprendre pourquoi ce phénomène est plus fréquent dans certains groupes ou sociétés. Durkheim (2013b) distingue quatre types de suicide : 1) le suicide égoïste ; 2) le suicide altruiste ; 3) le suicide anémique ; 4) le suicide fataliste. Les suicides égoïste et altruiste sont mis en relation avec le degré d'intégration sociale des individus, tandis que les suicides anémique et fataliste sont reliés au degré de régulation sociale dans la société (Durkheim, 2013b ; Fortier et Pizarro Noël, 2018).

Premièrement, le **suicide égoïste** renvoie à un contexte où les individus sont peu ou pas intégrés socialement. Cela ne signifie pas que les individus agissent par égoïsme, mais que ceux en situation d'exclusion ou d'isolement social sont davantage à risque de suicide. D'après Durkheim, ce type de suicide est plus prédominant dans les sociétés à solidarité organique (voir le chapitre 1), où chaque individu est considéré comme un être unique et autonome.

À l'opposé, le **suicide altruiste** s'observe lorsque les individus sont trop intégrés socialement, qu'ils perdent leur individualité. Dans ce type de société, le lien d'appartenance de l'individu au groupe est très fort et celui-ci s'en distingue peu ou pas. Selon Durkheim, ce type de suicide s'observe particulièrement dans des sociétés à solidarité mécanique (voir le chapitre 1), dans lesquelles la conscience collective est forte et le mode de vie des individus similaire.

Le **suicide anémique**, quant à lui, se produit dans un contexte où la régulation sociale est insuffisante ou encore où les normes sont incertaines ou pas assez claires. Selon Durkheim, comme mentionné précédemment, un contexte d'anomie favorise le libre cours aux passions, lesquelles peuvent mener à poser l'irréparable. Comme pour le suicide égoïste, ce type de suicide est plus fréquent dans les sociétés à solidarité organique.

Enfin, le **suicide fataliste** résulte d'une situation sociale oppressante, qui ne permet pas aux individus d'écouter leurs désirs, leurs aspirations, et de décider par eux-mêmes de leur avenir. Dans ce contexte, la pression de se conformer aux normes est très forte. On peut même parler de surconformité. Comme pour

le suicide altruiste, le suicide fataliste est plus fréquent dans les sociétés à solidarité mécanique.

Selon cette théorie, les suicides de type égoïste ou anémique seraient plus élevés dans les sociétés individualistes, modernes ou postmodernes, alors que les suicides de type altruiste ou fataliste prévaudraient dans les sociétés holistes ou traditionnelles (voir le chapitre 1). Dans le cas de Pierre, qui travaille dans l'armée, une sous-culture où l'individu subit une forte pression à se conformer aux normes ou tend à se confondre au groupe, sa tentative de suicide pourrait être reliée à une situation de perte d'individualité (suicide altruiste) ou de manque d'autonomie (suicide fataliste). En même temps, comme il vit dans une société occidentale, on ne peut ignorer sa situation d'isolement social à la suite de sa séparation (suicide égoïste).

Malgré la connotation morale de la théorie de Durkheim, elle a inspiré la réalisation d'autres études sur les facteurs sociaux sous-jacents au suicide. Les études soutiennent généralement la robustesse de la théorie de Durkheim en révélant les déterminants sociaux associés au suicide (Steiner, 2005). Par exemple, les personnes célibataires, veuves et âgées sont plus à risque de suicide. Par ailleurs, les tentatives de suicide touchent davantage les femmes, alors que le taux de suicide est plus élevé chez les hommes. Cependant, on s'intéresse maintenant davantage à l'interaction entre les facteurs individuels et sociaux (Tousignant, 1994). De plus, les pratiques en prévention du suicide reposent maintenant sur une approche écologique (ou écosystémique), dans laquelle on tient compte des facteurs de risque et de protection (Laflamme, 2007). Ces facteurs peuvent être d'ordre personnel, social, culturel, institutionnel et occupationnel (tableau 6.2), et même économique et politique, comme le taux de chômage (Laflamme, 2007).

Une méta-analyse a été réalisée sur quatre facteurs de risque communs associés au suicide, soit un problème de dépendance à l'alcool ou aux drogues, un trouble de l'humeur (p. ex. une dépression), un état civil associé à de l'isolement social (p. ex. célibataire, divorcé), une absence de travail (incluant la retraite) et des antécédents de tentatives suicidaires (Yoshimasu, Kiyohara et Miyashita, 2008). Cette méta-analyse révèle que la présence concomitante d'un trouble de l'humeur et d'antécédents de tentatives

TABLEAU 6.2

## Facteurs de risque et de protection liés au suicide

	Facteurs de risque	Facteurs de protection
<b>Facteurs liés à la personne</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>› Tentative(s) de suicide</li> <li>› Idées suicidaires</li> <li>› Refus de demander de l'aide</li> <li>› Trouble de santé mentale</li> <li>› Problème de dépendance</li> <li>› Impulsivité</li> <li>› Maladie chronique</li> <li>› Faible estime de soi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>› Capacité à demander de l'aide</li> <li>› Confiance en soi</li> <li>› Capacité à résoudre ses problèmes</li> <li>› Capacité à gérer son stress</li> <li>› Spiritualité (sens à la vie)</li> <li>› Sentiment d'être aimé</li> <li>› Capacité à créer des liens amicaux</li> <li>› Bon état de santé</li> </ul>
<b>Facteurs liés à l'environnement social, culturel ou institutionnel</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>› Conflits dans le milieu de vie</li> <li>› Rejet du réseau social</li> <li>› Absence d'un réseau de soutien</li> <li>› Isolement social</li> <li>› Maltraitance durant l'enfance</li> <li>› Socialisation fondée sur l'invulnérabilité des hommes</li> <li>› Disponibilité des moyens de se suicider</li> <li>› Indisponibilité des services au moment opportun</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>› Milieu de vie valorisant et respectueux</li> <li>› Bon réseau social</li> <li>› Dialogue dans la famille</li> <li>› Stabilité et disponibilité de la famille</li> <li>› Acceptation des différences dans la famille et la communauté</li> <li>› Socialisation encourageant l'expression des émotions tant chez les filles que chez les garçons</li> <li>› Valeurs d'entraide dans la communauté</li> <li>› Accès à des services d'aide adaptés aux besoins de la population</li> </ul>
<b>Facteurs liés aux occupations (incluant les relations interpersonnelles)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>› Rupture amoureuse</li> <li>› Perte d'un proche</li> <li>› Conflits interpersonnels</li> <li>› Abus de substances</li> <li>› Absence d'activités valorisantes ou de projets signifiants</li> <li>› Perte d'emploi</li> <li>› Échec scolaire ou professionnel</li> <li>› Perte du permis de conduire</li> <li>› Perte d'autonomie fonctionnelle</li> <li>› Difficultés financières</li> <li>› Conflit avec la justice</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>› Relations interpersonnelles harmonieuses</li> <li>› Participation à des activités valorisantes ou à des projets signifiants</li> <li>› Saines habitudes de vie</li> </ul>

Note: La liste des facteurs n'est pas exhaustive et il est possible de les classer différemment. De plus, les facteurs de risque peuvent être divisés en facteurs prédisposants, contribuant et précipitants (voir Laflamme, 2007).



suicidaires ou d'automutilation est fortement associée au suicide. Néanmoins, ces facteurs doivent être compris en interaction avec d'autres facteurs personnels et sociaux, agissant comme médiateurs, tels que l'abus de substances et l'isolement social à la suite d'une séparation ou d'un congédiement. Comme ergothérapeute, il est particulièrement important d'être sensible aux signes de détresse de sa clientèle et d'adopter une vision holistique pour saisir l'ensemble des facteurs personnels, sociaux, culturels, institutionnels, économiques, politiques et occupationnels pouvant aggraver son état de vulnérabilité. Évidemment, l'ergothérapeute doit aussi tenir compte des facteurs pouvant améliorer la situation personnelle, sociale et occupationnelle de sa clientèle.

Bien que le suicide touche tous les groupes ou catégories d'individus, certains sont reconnus comme étant plus à risque face au suicide, du moins au Québec (Laflamme, 2007). Parmi ceux-ci, on retrouve les hommes de 30 à 49 ans, ainsi que les personnes présentant : 1) un trouble de santé mentale; 2) un problème de dépendance à l'alcool ou aux drogues; 3) des antécédents familiaux de suicide; 4) des antécédents de tentatives de suicide; 5) de l'impulsivité; 6) une histoire d'agression, surtout sexuelle, durant l'enfance. Les personnes célibataires, veuves et âgées sont aussi plus à risque (Steiner, 2005).

Le suicide est également plus fréquent dans les quartiers où le taux de personnes vivant seules est plus élevé (Tousignant, 1994). Toutefois, les personnes vivant seules ne sont pas nécessairement plus malheureuses que les autres. En fait, la solitude émotionnelle, soit le fait de se sentir incompris par autrui, est généralement plus pénible que la solitude physique. Néanmoins, les personnes vivant seules peuvent réaliser plus facilement leur plan suicidaire si elles en ont un.

Enfin, le suicide est plus prévalent dans certains pays que d'autres. Entre autres, le taux de suicide est plus élevé au Japon et en Finlande, des pays considérés comme égalitaires sur le plan socioéconomique, qu'aux États-Unis, où les écarts de revenu s'accroissent sans cesse (Wilkinson et Pickett, 2013). Selon les épidémiologistes anglais Richard Wilkinson et Kate Pickett (2013), cette différence s'expliquerait par le fait que, dans les pays égalitaires, les individus ont tendance à s'attribuer ce qui va mal dans leur vie et donc, à retourner la violence contre eux-mêmes. Au

contraire, dans les pays inégalitaires comme les États-Unis, les individus tendraient à associer leurs échecs au monde extérieur, ce qui les amènerait à diriger leur violence vers les autres. Des différences culturelles doivent également être considérées. Par exemple, le suicide est perçu comme un péché chez les chrétiens, un geste sacré chez certains groupes extrémistes et un acte visant à retrouver l'honneur perdu selon une tradition japonaise (Yoshimasu *et al.*, 2008).

En somme, l'ergothérapeute a intérêt à ne pas considérer le suicide comme un geste qui relève uniquement de l'individu. En effet, l'explication de ce phénomène ne peut se réduire à des causes personnelles, comme un trouble de santé mentale. Un ensemble de facteurs, personnels, sociaux, culturels, institutionnels, économiques, politiques et occupationnels doit être pris en compte pour agir en prévention.

## 6.6

### IMPLICATIONS POUR L'ERGOTHÉRAPIE

Comme abordé dans l'introduction, l'ergothérapeute ne peut faire abstraction de la « normalité » dans le cadre de sa pratique. D'abord, celle-ci teinte son regard et son jugement face à l'autre, et ce, même avant la première rencontre. Elle influence son évaluation et son analyse lorsqu'il cherche à observer, à mesurer et à définir selon des critères normatifs la situation occupationnelle de sa clientèle. Par ailleurs, elle guide souvent son intervention, particulièrement lorsqu'il aide sa clientèle à agir ou à vivre le plus « normalement » possible. Selon le contexte de pratique, l'écart au regard des normes ou de la « normalité » est également utilisé comme un critère de début et de fin de suivi, notamment lorsque l'accès et la poursuite des services dépendent de la présence ou non d'une condition de santé particulière ou d'incapacités jugées graves. Ainsi, la « normalité » peut orienter à la fois le processus de pratique de l'ergothérapeute et la trajectoire de services d'une personne. Néanmoins, il importe de reconnaître les avantages et les limites de s'appuyer sur la « normalité » (ou des normes) en ergothérapie.

### 6.6.1

#### **Avantages d'une pratique s'appuyant sur la «normalité»**

Lorsque l'ergothérapeute vise l'adaptation ou l'intégration sociales de sa clientèle, il devrait considérer ce qui est «normal» pour une société ou un groupe donnés. Cela implique de s'interroger sur les comportements, les occupations, les rôles et les milieux de vie qui sont acceptés ou valorisés au sein de cette société ou de ce groupe. Évidemment, cela peut varier selon l'âge ou la période de vie des individus (voir le chapitre 4). Il existe différents moyens pour en savoir plus sur les comportements, occupations, rôles et milieux de vie jugés «normaux» au sein d'une société ou d'un groupe. Par exemple, on peut consulter des livres de référence sur la société ou le groupe, utiliser des outils d'évaluation culturellement adaptés, faire des observations dans les milieux de vie des membres de la société ou du groupe ou interroger des acteurs-clés de la société ou du groupe, comme une personne enseignante. Ces informations peuvent aider l'ergothérapeute à déterminer l'écart entre la situation occupationnelle réelle de sa clientèle et la situation occupationnelle attendue ou souhaitée dans un contexte social ou sociétal donné. Il s'agit en fait de définir les besoins occupationnels de sa clientèle pour favoriser son adaptation ou son intégration sociales. En proposant des interventions pour tendre vers la situation occupationnelle attendue ou souhaitée, l'ergothérapeute aide sa clientèle à s'adapter et à s'intégrer le mieux possible socialement.

Cependant, la situation occupationnelle visée ne devrait pas reposer uniquement sur la «normalité», mais être également attendue ou souhaitée par la clientèle de l'ergothérapeute, en cohérence avec une pratique centrée sur la clientèle (Townsend, Beagan *et al.*, 2013). Pour contribuer à favoriser l'adaptation ou l'intégration sociales de sa clientèle, voire son inclusion sociale, l'ergothérapeute peut aussi agir auprès des membres de la société ou du groupe en vue de les amener à changer leur rapport à la «normalité» ainsi qu'à apprécier la diversité humaine et occupationnelle. En endossant ce rôle d'agent de changement, il contribue à prévenir ou à réduire l'exclusion sociale des personnes considérées comme différentes.

### 6.6.2

#### **Limites d'une pratique s'appuyant sur la «normalité»**

Si la plupart des individus souhaitent, en général, être considérés comme «normaux», l'ergothérapeute ne peut se limiter à jouer un rôle normatif. Premièrement, plusieurs personnes rencontrées en ergothérapie ne sont pas en mesure de correspondre à la «normalité» ou aux normes telles que définies par une société ou un groupe donnés, en raison notamment de leur condition de santé, de leurs incapacités, de leur apparence physique ou de leur situation ou contexte de vie. L'ergothérapeute se doit de reconnaître les limites d'une approche normative, puisqu'elle favorise la stigmatisation et la ségrégation des personnes qui ne peuvent se conformer aux normes de la société ou du groupe. Par exemple, cette approche peut mener à «institutionnaliser» des personnes sur la base d'un diagnostic particulier, sans que soient considérés leurs besoins ni les ressources et possibilités dans leur contexte de vie pour soutenir leur bien-être et leur adaptation sociale. En outre, des personnes pourraient se retrouver en «thérapie à vie», parce qu'elles ne sont jamais considérées comme «normales». Il importe donc que l'ergothérapeute rappelle - ou se rappelle - que l'adaptation sociale d'une personne peut nécessiter de modifier ses occupations et son environnement, y compris les attitudes et les normes des membres du groupe ou de la société.

En contrepartie, ce n'est pas parce qu'une personne agit et vit «normalement» que cela a un sens pour elle ou favorise son épanouissement. Par exemple, une personne pourrait réaliser un emploi qui l'ennuie, la rend malheureuse, et, de ce fait, vivre une situation d'aliénation occupationnelle. Pourtant, elle pourrait sembler «normale» du point de vue des autres. La question du sens des occupations et de leurs effets sur les personnes ne peut être négligée par l'ergothérapeute, s'il souhaite promouvoir la santé et la justice occupationnelle. De plus, la pratique centrée sur la clientèle implique de considérer les occupations valorisées et signifiantes pour celle-ci (ACE, 1997). De surcroît, l'occupation signifiante, comme moyen et but d'intervention, est au cœur de la spécificité de l'ergothérapie et d'une pratique centrée sur l'occupation

(Polatajko, Cantin *et al.*, 2013). Conséquemment, l'ergothérapeute pourrait être appelé à aider des personnes - socialement adaptées - à instaurer dans leur vie quotidienne des occupations qui ont du sens pour elles et qui favorisent leur épanouissement.

D'un autre côté, les ergothérapeutes peuvent intervenir auprès de clientèles qui réalisent des occupations considérées comme illégitimes, illégales, malsaines ou nuisibles, comme le travail au noir, la prostitution ou la toxicomanie. Leurs clientèles peuvent aussi vivre dans des milieux jugés illégitimes, illégaux, malsains ou nuisibles, comme la rue ou un appartement insalubre. Dans le domaine de la santé mentale, les ergothérapeutes sont appelés à travailler auprès de personnes adoptant des habitudes ou comportements considérés comme malsains ou nuisibles, comme l'anorexie mentale, la boulimie ou l'abus de substances (Brown, Stoffel et Muñoz, 2019). En tant que professionnel de la santé, l'ergothérapeute peut trouver difficile d'ignorer les conséquences délétères de certains comportements, habitudes ou milieux de vie. Par contre, s'il adopte une attitude moralisatrice, sa clientèle risque de se sentir jugée ou blâmée, ce qui nuit à l'établissement du lien de confiance et à son engagement dans le suivi. L'ergothérapeute pourrait alors penser que sa clientèle est « difficile » ou non conciliante, alors que c'est avant tout la relation qui est en jeu. Si une telle situation se présente, il est pertinent de se questionner sur son attitude avec sa clientèle ainsi que sur ses stratégies pour établir le lien de confiance.

En réalité, l'ergothérapeute a intérêt à dépasser son jugement normatif et à aborder les habitudes ou comportements considérés comme malsains ou nuisibles comme des occupations, c'est-à-dire un ensemble d'activités structurantes et porteuses de sens (Wasmuth, Crabtree et Scott, 2014). En adoptant une attitude ouverte et compréhensive et en explorant le sens et la ou les fonctions que revêtent ces occupations pour sa clientèle, l'ergothérapeute crée des conditions facilitant l'établissement du lien de confiance. Par cette exploration, l'ergothérapeute pourrait aussi amener sa clientèle à entrevoir des possibilités de changements occupationnels dans sa vie quotidienne pour favoriser sa santé ou son intégration sociale. D'ailleurs, pour mettre fin à certaines obsessions ou comportements compulsifs, il peut être nécessaire d'instaurer de nouvelles activités ou occupations dans sa vie quotidienne (Doidge, 2008; Schwartz, 2016). Toutefois, il peut s'avérer difficile d'amener sa clientèle à implanter des changements dans sa vie quotidienne, surtout si l'on ignore ou néglige d'utiliser certaines stratégies d'entrevue, comme exprimer de l'empathie et éviter de juger ou de blâmer (Markland *et al.*, 2005). En revanche, il importe de reconnaître que le changement ne dépend pas que de l'individu, mais aussi de sa situation ou de son contexte de vie. Il peut donc être souhaitable de dépasser une perspective individuelle et de considérer le contexte social ou sociétal pour rendre ainsi possible l'engagement de sa clientèle dans de nouvelles occupations (Townsend, Cockburn *et al.*, 2013).

## MESSAGES CLÉS

- › Le contrôle social vise à uniformiser et à normaliser les manières de ressentir, de penser et d'agir des individus, afin d'assurer l'harmonie et la pérennité de la société ou du groupe. Quant à la normalité, elle désigne l'ensemble des manières de ressentir, de penser et d'agir correspondant aux normes qui prédominent dans une société ou un groupe donnés.
- › L'adaptation sociale se réfère à la capacité d'un individu d'appartenir à un groupe et de fonctionner en société. L'adaptation sociale pathologique renvoie au fait d'appartenir à un groupe social illégal et illégitime ou de se conformer de façon extrême et dangereuse pour soi ou autrui. L'inadaptation sociale se caractérise par l'incapacité pour un individu d'appartenir à un groupe et de fonctionner en société. L'adaptation sociale, l'adaptation sociale pathologique et

l'inadaptation sociale relèvent de la socialisation de l'individu et des mécanismes de contrôle social mis en place par la société ou le groupe.

- La « normalité » peut orienter le processus de pratique de l'ergothérapeute, mais aussi la trajectoire de services de sa clientèle. L'ergothérapeute a intérêt à reconnaître les avantages et les limites d'une pratique

s'appuyant sur la « normalité ». Si l'ergothérapeute peut avoir à jouer un rôle normatif, il devrait s'assurer d'adopter une pratique centrée sur la clientèle et de créer des conditions facilitant l'établissement du lien de confiance avec celle-ci. Considérer le contexte social ou sociétal est aussi souhaitable pour contribuer à prévenir ou à réduire l'exclusion sociale ainsi que pour rendre possible le changement occupationnel.

## QUESTIONS INTÉGRATIVES ET RÉFLEXIVES

---

### Questions intégratives

- 1 En quoi la légalité et la légitimité influencent-elles les occupations humaines?
- 2 Comment les différentes formes d'adaptation sociale, d'adaptation sociale pathologique et d'inadaptation sociale se traduisent-elles dans les occupations humaines?
- 3 Comment l'ergothérapeute peut-il contribuer à favoriser l'adaptation sociale de sa clientèle et à prévenir sa stigmatisation et son exclusion sociale?
- 4 Quels sont les avantages et les limites d'une pratique de l'ergothérapie s'appuyant sur la « normalité »?

### Questions réflexives

- 1 Quels mécanismes de contrôle social m'incitent à agir de manière légale ou légitime?
- 2 Comment qualifierais-je mon adaptation sociale? Pourquoi?
- 3 Que pourrais-je faire pour contribuer à réduire ou à prévenir la stigmatisation et l'exclusion sociale des personnes qui présentent une déficience, un trouble de santé mentale ou toute autre caractéristique considérée comme différente au regard de la « normalité »?