

## HISTOIRE DU TRAVAIL DE RUE AU QUÉBEC

### L'EXPÉRIENCE QUÉBÉCOISE

Au Québec, le travail de rue trouve ses origines à la fin des années 1960, à Montréal; au début, l'objectif était de lutter contre la consommation abusive de drogues psychédéliques dans une société québécoise traversée et secouée par l'émergence de nombreux courants sociaux, culturels et contre-culturels souvent portés par la jeunesse (Pharand, 1995). Des organismes tels Kalatox à Montréal, La Savate et L'Exil à Longueuil, désignés sous le vocable de Drogue-secours, donnent l'impulsion originale et servent de tremplin à un nombre grandissant de travailleurs de rue opérant sur des bases diversifiées, toujours dans le champ de la toxicomanie. En 1969, le Bureau de consultation jeunesse (BCJ) de Montréal puis de Laval élargissait le champ des préoccupations du travail de rue en intervenant sur les problèmes de délinquance, de sexualité, d'emploi, d'hébergement et de prostitution chez les jeunes (Pharand, 1995).

Au début des années 1970, plusieurs réformes sociales inspirées de la révolution tranquille sont mises en place sous l'impulsion notamment du Rapport Batshaw<sup>1</sup> et de la Commission Castonguay-Neveu<sup>2</sup>. On assiste dès lors à l'apparition d'institutions et organismes nouveaux, dont les CLSC qui deviennent les responsables de l'intervention sociale de première ligne et préventive.

Vers le milieu des années 1970, le travail de rue a connu une période de déclin marquée d'une baisse considérable de popularité. La plupart des travailleurs de rue se trouvent alors à être intégrés en 1977 au réseau des affaires sociales, via les CLSC notamment, ce qui aurait occasionné une perte de contact avec la réalité des gens de la rue. Cette récupération de l'expertise par le réseau ne laisse que cinq travailleurs de rue en poste pour toute la région Montréalaise (ATTRueQ, 1997). De 1975 à 1985, plusieurs pratiques sociales et communautaires continuent à voir le jour et à se développer au Québec, principalement dans les domaines de l'animation (Maisons de jeunes), de l'insertion professionnelle (Centres de formation à la recherche d'emploi, ateliers protégés) et de l'intervention spécialisée (toxicomanie, santé mentale, suicide, itinérance). Mais plusieurs jeunes en difficulté continuent néanmoins à échapper à ce réseau de services spécialisés ne les rejoignant pas dans leur milieu de vie (ATTRueQ, 1997).

Il faut attendre le milieu des années 1980 pour que l'Hôpital Sainte-Justine de Montréal reconnaisse la spécificité de l'adolescence comme période charnière de la vie d'une personne et apporte de ce fait une crédibilité essentielle à la notion de services jeunesse organisés de façon spécifique afin de rencontrer les réalités vécues par les jeunes. L'arrivée du sida bouleverse les usages établis en termes d'intervention sociosanitaire et favorise la réémergence du travail de rue, dans un contexte de réduction des méfaits. Plusieurs recherches ont démontré l'efficacité de cette mesure pour aider à la diminution de la prévalence des MTS et du sida en rejoignant une clientèle autrement inaccessible.

Ce n'est que vers 1985 que la stratégie du travail de rue effectue un retour en force au Québec, grâce à la formation d'organismes comme le Projet d'intervention auprès des mineurs prostitués (PIAMP) et le Projet d'intervention en prostitution de Québec (PIPQ) voués à l'intervention auprès des personnes,

---

<sup>1</sup> Le Rapport Batshaw (1976) a étudié les services de réadaptation offerts aux enfants et aux adolescents placés en centre d'accueil et toute la question de la gestion des dispositions concernant la jeunesse délinquante/déviant. Demande d'ouvrir davantage l'intervention vers la famille, l'école et les ressources communautaires.

<sup>2</sup> Le Rapport Castonguay-Neveu (1967) touche l'ensemble de la gestion des services de santé et des services sociaux; à l'origine de la mise en place du système d'assurance-maladie du Québec et de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (1971) qui à son tour amène la création des CLSC et des CSS.

hommes et femmes (jeunes surtout), ayant recours à la prostitution pour assurer leur survie. En même temps, le Collectif de recherche en intervention communautaire (CRIC), organisme communautaire issu du BCJ, monte et diffuse les premières sessions de formation spécifiques au travail de rue, la relève étant assurée subséquemment par le Centre d'éducation des ressources en formation, animation et consultation (CERFAC) et plusieurs autres ressources de type communautaire. Dès ce moment, on assiste à une résurgence du travail de rue qui s'accroît encore durant les années 1990 pour s'adapter aux réalités changeantes et aux besoins de plus en plus criants d'une portion grandissante de personnes subissant l'exclusion sociale pour toutes sortes de motifs, parmi lesquels se trouvent les jeunes de la rue, les itinérants, les usagers de drogues par injection (UDI), les travailleurs du sexe et les personnes ayant des problèmes de santé mentale.

En 1992, en raison du développement important des phénomènes d'itinérance et de toxicomanie chez les jeunes et face aux grandes difficultés rencontrées par les composantes du réseau de la santé et des services sociaux pour rejoindre cette clientèle, les directions de la santé publique favorisent le déploiement de la mesure du travail de rue pour répondre aux nouveaux besoins rencontrés sur le terrain.

Enfin, en décembre 1993, le travail de rue se structure sous la forme d'une association regroupant l'ensemble des travailleurs de rue à l'échelle nationale, l'Association des travailleurs et travailleuses de rue du Québec (l'ATTTRueQ), et adopte un premier code d'éthique destiné à baliser et régir la pratique sur l'ensemble du territoire québécois.