

Aide sociale et santé mentale : une esquisse critique

Jacob Amnon Suissa

Volume 17, Number 1, Spring 1992

Sida et santé mentale

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/502064ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/502064ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (print)

1708-3923 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this document

Suissa, J. A. (1992). Aide sociale et santé mentale : une esquisse critique. *Santé mentale au Québec*, 17(1), 313–317. <https://doi.org/10.7202/502064ar>



Tribune des lecteurs

Aide sociale et santé mentale: une esquisse critique

Si la pauvreté demeure une question complexe mettant en jeu plusieurs facteurs et créant des conditions propices à l'appauvrissement (Langlois, R., 1990, p. 56), la nouvelle réforme de l'aide sociale nous invite à réfléchir sur le décalage existant entre les buts sociaux avoués et les motifs économiques non explicites.

Basée sur la notion de besoin, la loi a été d'abord implantée au Québec en 1969 et était considérée comme la loi la plus avant-gardiste au Canada. En 1987, une réforme inspirée du livre blanc sur la fiscalité écarte la notion de besoin pour la remplacer par celle de l'aide de dernier recours (M.M.S.R., 1987, p. 26). Aujourd'hui, c'est le concept d'employabilité qui régit la loi et les assistés sociaux sont classés par programme avec plus de 100 barèmes différents.

Cette bureaucratisation poussée, complique fortement la compréhension de la loi chez les assistés sociaux et pénalise directement des dizaines de milliers de ménages qui se retrouvent en fait de plus en plus poussés et enfermés dans une «carrière d'assistés». Par cela il faut entendre un resserrement des critères où la personne pourrait être obligée:

- de suivre un plan de traitement pour être admissible,
- de rester dans leur famille quand les conditions de séjour constituent une dégradation de leur état mental, ceci étant dû à l'introduction de principe de la contribution parentale,
- de se voir réduire sa prestation parce qu'elle partagerait son logement,
- d'avoir un diagnostic psychiatrique pour être admissible aux prestations, etc.

Sur le plan économique, la politique de l'aide sociale s'est effectuée historiquement sur la prémisse que le *plein emploi* était possible alors qu'il ne l'a jamais été ainsi. Dans la même logique, le remplacement grandissant des emplois permanents par des emplois temporaires

(Juneau 1990) nous indique bien sûr la réalité du marché de l'emploi mais aussi la précarité des conditions sociales économiques et familiales de centaines de milliers d'individus.

Si le Québec est probablement un peu plus riche aujourd'hui qu'il y a quinze ans, les chiffres suivants illustrent quelque peu l'augmentation importante de la population pauvre au Québec (Bonhomme, J.-P., 1990).

- Le nombre de ménages bénéficiaires de l'aide sociale est passé de 198 000 en 1975 à 341 000 en 1980 soit une augmentation de 72%.
- Le nombre de chômeurs qui était à 280 000 est aujourd'hui à 322 860 soit une augmentation de 13% en particulier chez les 25-44 ans; une catégorie d'âge qui a été toujours autonome financièrement.
- Le nombre d'immigrants inscrits à l'aide sociale est passé de 3 014 en 1985 à 10 191 en 1991.
- Le coût des prestations est passé de 13 millions à 66,6 millions de dollars de 1975 à 1990.
- La récession a vu le nombre des ménages pauvres passer de 550 000 à plus de 600 000 personnes de 1989 à 1991 (Trottier, 1991).

Aussi, la multiplication des centres de distribution alimentaire a 374 points de chute en 1990 alors qu'ils étaient inexistant dans la région métropolitaine durant les années 80 (Noël, A., 1990) témoigne de la dégradation du tissu social.

Intervention et changement social: quelques réflexions

Si l'histoire nous enseigne que la perception que nous nous faisons d'un groupe de personnes oriente la définition de leurs besoins et par conséquent détermine les services eux-mêmes (Rondeau et Sarto, 1990, p. 79) on est en droit de se demander comment se fait-il que les politiques sociales et les moyens d'intervention actuels ne produisent pas des résultats souhaités face au phénomène de la pauvreté qui n'arrête pas d'augmenter (C.S.S.M.M., 1986, p. 6). Les problèmes de santé mentale étant plus fréquents dans les quartiers défavorisés, que fait-on pour freiner ou rayer à la source cette augmentation de la misère? (M.M.S.R., 1987, p. 26).

- La pauvreté est vue comme le produit des déficiences individuelles.

- La causalité de la misère n'est que rarement analysée ou remise en question au niveau des pratiques institutionnelles, ex. services de la protection de la jeunesse.
- «L'absence de confiance» dans la relation intervenant-client pauvre est nourrie conséquemment par l'absence de vraies ressources.
- L'étiquetage socio-institutionnel généralisé confirme continuellement le statut des assistés sociaux, etc.
- L'association de la pauvreté à la notion de déséquilibre dans le sens de déviance sociale rattachée à un certain style de vie, etc.

Ces perceptions catégorisantes et institutionnalisantes du social constituent une barrière significative dans la création de conditions propices à un meilleur statut dans la mesure où le potentiel créateur des individus est mis en veilleuse dans la poursuite de solutions possibles.

On assiste par voie de conséquence à une marginalisation et un manque de respect pour le potentiel des personnes et de leurs droits et le cloisonnement qui se manifeste autant entre les intervenants que dans les établissements accentue ce problème *«elle ne peut jouer pleinement son rôle dans le système des services. Québec»* (1989, p. 17).

D'un point de vue de l'intervenant, un dilemme important continue d'être à l'ordre du jour. Comment concilier les valeurs et l'orientation des pratiques de contrôle social avec celles d'un changement social? À ce propos, on peut relever le fait qu'un des objectifs premiers d'un intervenant et/ou thérapeute est ou devrait être d'introduire une certaine complexité dans la vie des gens en vue de briser les cycles de vie présents et de se projeter ensemble dans des alternatives futures du changement souhaité.

Placer l'initiative dans les mains du client tout en évitant une conformité automatique de celui-ci face aux règles institutionnelles pourrait créer des conditions propices de responsabilisation sociale dans la relation client-intervenant.

Or, le rôle premier de l'intervenant se retrouve souvent et paradoxalement déplacé par cette idéologie institutionnelle du contrôle social pour se centrer vers une stabilisation des gens, à agir d'une certaine façon dans la communauté en vue de réduire une imprévisibilité de l'a-social.

Dit autrement, il s'effectue une certaine filtration des comportements et une opération de coupure entre ce qui est acceptable et ce qui l'est moins et ceci par le relais des valeurs institutionnelles et professionnelles.

Farber (1990, 286) et Rhéaume et Sévigny (1988, 102) alimentent ce propos en identifiant certains modèles théoriques ou modes de connaissance utilisés en intervention comme étant ce qui moule l'exercice des pratiques et donc du changement.

Alors que le problème est celui de la transformation et du changement social, l'accent est mis sur un contrôle grandissant du milieu social en l'accusant simultanément d'être ce qu'il est.

En gros, le modèle dominant de référence continue d'être celui du bio-médical qui associe l'acte d'intervention à des notions intégrationnistes des agirs déviants. Cette normalisation psychologisante ne peut être en soi une question purement clinique mais représente en fait un enjeu social majeur dans l'équation contrôle/autonomie vers un changement social.

Conclusion

Si la pauvreté ne provoque pas en soi des problèmes de santé mentale, l'application des politiques actuelles de l'aide sociale ouvre les portes à des problèmes de santé mentale dans la mesure où elles alimentent la dépendance de l'étiquetage socio-institutionnel et favorisent simultanément la brisure des réseaux naturels et sociaux de solidarité.

L'espace privé des assistés sociaux envahi par les inspecteurs de l'aide sociale qui scrutent les gestes et les mouvements des relations les plus privées engendrent un sentiment de non-appartenance sociale et d'éclatement dans les quartiers défavorisés où sa caractéristique est souvent le refuge des gens seuls et sans soutien social.

L'augmentation des ordonnances de sédatifs et d'hypnotiques chez les bénéficiaires de l'aide sociale qui viennent au premier rang des ordonnances soit 19,7% du nombre total des prescriptions nous invite également à réfléchir sur l'anesthésie sociale de plus en plus de dépendants (Poirier et Van Gijeghem, 1991).

RÉFÉRENCES

- BONHOMME, J.-P., 1990, La pauvreté au Québec change de visage: elle frappe les jeunes et les personnes seules, *La Presse*, Montréal.
- C.S.S.M.M., 1986, La distribution de la pauvreté et de la richesse dans les régions urbaines du Québec, *Partie III, Les besoins sociaux*, Montréal, 6.
- FARBER, S., 1990, Institutional mental health and social control: The ravages of epistemological hubris, *The Journal of Mind and Behavior*, II, 3, 4, 286.

- GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, 1989, *Politique de santé mentale*, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 17.
- JUNEAU, A., 1990, Vers une société précaire, *Le Devoir*, Montréal, février.
- LANGLOIS, R., 1990, *S'appauvrir dans un pays riche*, Éditions St-Martin, C.E.Q., 56.
- M.M.S.R., 1987, *Pour une politique de sécurité du revenu*, Document d'orientation, Québec, 26.
- NOËL, A., 1990, On ne peut plus parler de poches de pauvreté de Montréal, mais des poches d'aisance, *La Presse*, Montréal.
- RHÉAUME, J., SÉVIGNY, R., 1988, Pour une sociologie de l'intervention en santé mentale, *Revue Santé mentale au Québec*, XIII, n° 1, 102.
- RONDEAU, M., ROY, S., 1990, *Évaluer les forces et les besoins de la personne dans le plan de services individualisés*, Éditions Agence d'Arc Inc., Ottawa, 79.
- TROTTIER, E., 1991, Le congrès de la honte, *La Presse*, Montréal.

Jacob Amnon Suissa, responsable du programme de Certificat en Santé mentale à la Faculté de l'éducation permanente de l'Université de Montréal