Document generated on 10/12/2024 6:03 a.m.

Nouvelles pratiques sociales

La voix d'une population sans voix

Robert Mayer and Chantal Hamel

Volume 9, Number 2, Fall 1996

Résurgence du social en prévention

URI: https://id.erudit.org/iderudit/301373ar
DOI: https://doi.org/10.7202/301373ar

See table of contents

Publisher(s)

Les Presses de l'Université du Québec

ISSN

0843-4468 (print)
1703-9312 (digital)

Explore this journal

Cite this article

Mayer, R. & Hamel, C. (1996). La voix d'une population sans voix. *Nouvelles pratiques sociales*, *9*(2), 151–168. https://doi.org/10.7202/301373ar

Article abstract

Au début des années 1960, on parlait beaucoup au Québec de la nécessité de fournir un effort social global pour améliorer les conditions de vie de la population défavorisée. À partir d'un mandat de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social, une recherche exploratoire fut effectuée afin de connaître la perception des économiquement faibles de diverses situations. Les témoignages nous révèlent leurs perceptions de la pauvreté, des systèmes d'assistance et de santé tandis qu'une analyse met en lumière leur vision du monde ainsi que l'objet et le plan sur lequel se situent leurs revendications.

Tous droits réservés © Les Presses de l'Université du Québec, 1996

This document is protected by copyright law. Use of the services of Érudit (including reproduction) is subject to its terms and conditions, which can be viewed online.

https://apropos.erudit.org/en/users/policy-on-use/

This article is disseminated and preserved by Érudit.

Érudit is a non-profit inter-university consortium of the Université de Montréal, Université Laval, and the Université du Québec à Montréal. Its mission is to promote and disseminate research.

https://www.erudit.org/en/

Les pratiques sociales d'hier

La voix d'une population sans voix[1]

Robert MAYER
Professeur

Chantal HAMEL
Assistante de recherche
École de service social
Université de Montréal

Au début des années 1960, on parlait beaucoup au Québec de la nécessité de fournir un effort social global pour améliorer les conditions de vie de la population défavorisée. À partir d'un mandat de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social, une recherche exploratoire fut effectuée afin de connaître la perception des économiquement faibles de diverses situations. Les témoignages nous révèlent leurs perceptions de la pauvreté, des systèmes d'assistance et de santé tandis qu'une analyse met en lumière leur vision du monde ainsi que l'objet et le plan sur lequel se situent leurs revendications.

1. Même si une partie de cette recherche a déjà fait l'objet d'une publication (GOUVERNEMENT DU QUÉBEC [1971], *La voix des hommes sans voix*, Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social, Annexe 22), l'analyse qui est présentée ici demeure inédite (MAYER, 1968).

INTRODUCTION

Le présent article[2] rend compte d'une recherche exploratoire visant à connaître le point de vue d'une population défavorisée sur les services sociaux et de santé qu'elle reçoit. C'est dans le cadre des travaux de la Commission Castonguay que cette recherche a été effectuée à la fin des années 1960 auprès d'une population qualifiée traditionnellement de « sans voix » ; bien avant que cela ne devienne une « mode », cette recherche qualitative a voulu cerner le vécu des personnes dites « défavorisées » à partir de leurs propres témoignages. De plus, pour une des premières fois, des intervenants sociaux ont été associés directement à cette démarche de recherche. À l'heure où la pauvreté redevient un problème social important au Québec (Lesemann, 1994 ; Langlois, 1990), il nous est apparu intéressant de présenter ces points de vue qui, malgré les changements sociopolitiques survenus depuis, ne peuvent différer totalement de ceux des personnes défavorisées d'aujourd'hui.

En premier lieu, nous ferons un bref retour sur la problématique et sur quelques aspects méthodologiques. La présentation et l'interprétation des témoignages feront l'objet de la seconde partie, faisant ressortir les aspects matériels et psychosociaux de la pauvreté de même que ceux reliés à la santé et aux soins reçus. En troisième et dernier lieu, les témoignages seront analysés à partir de deux approches explicatives de la pauvreté dominantes à cette époque, soit l'approche de la culture de la pauvreté et l'approche actionnaliste. En terminant, une dernière remarque introductive : bien que le contenu de l'article ait vieilli, nous nous en sommes tenus au style (emploi du présent) et au contenu (évaluation et références) de cette époque. Une « mise à jour » aurait risqué de trahir les propos des participants de même que la conception de la problématique de la pauvreté de cette époque. La version initiale de ce texte a été écrite par le chercheur principal et retravaillée avec l'assistante de recherche, d'où la cosignature de l'article.

PROBLÉMATIQUE ET ASPECTS MÉTHODOLOGIQUES

Au cours des années 1960, malgré le développement des mesures de sécurité sociale et d'assistance sociale, la pauvreté demeure un problème capital pour les sociétés modernes et industrialisées. Au Québec, comme

2. Par ailleurs, ce travail a été réalisé dans le cadre des travaux du collectif de recherche intitulé « 30 ans de développement des pratiques en travail social au Québec (1960-1990) » dirigé par Yves VAILLANCOURT (1994). Nous tenons à remercier les membres de ce collectif pour leur soutien financier et moral.

au Canada et aux États-Unis, de multiples recherches conduisent à une redécouverte de la présence continuelle de la pauvreté dans nos sociétés, laquelle cesse d'être considérée comme un phénomène individuel pour alors se concevoir comme un problème social ; ce qui en fera l'un des principaux thèmes de la recherche sociale de cette époque (Couillard *et al.*, 1970 ; Conseil des œuvres de Montréal, 1966 ; Gosselin, 1965). Toutefois, comme ces recherches quantitatives ne sont pas très utiles pour aider à comprendre ce qu'est la pauvreté, on s'oriente vers un nouveau type de recherche plus qualitative, qui tente de décrire et d'analyser la pauvreté à partir des témoignages des personnes vivant cette situation.

Dans ce contexte et dans la foulée des discours de démocratisation et d'élargissement des droits sociaux de la Révolution tranquille, le ministère de la Famille et du Bien-être social se lance dans une campagne de lutte contre la pauvreté, par laquelle il prétend vouloir attaquer autant les causes que les conséquences de ce phénomène. Ainsi, en 1966, la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social est créée et reçoit le mandat d'étudier l'intégration du domaine de la santé et du social et d'élaborer une politique globale de sécurité sociale.

Par ailleurs, la littérature de cette époque indique que les économiquement faibles semblent avoir des contacts avec les organismes de bien-être qui seraient empreints d'une certaine tension (Catrice-Lorey, 1967). Celle-ci ne serait que l'extériorisation d'une attitude de retrait ou de mécontentement, plus ou moins exprimée, consécutive au fait qu'ils demeurent étrangers aux politiques gouvernementales de santé et de bien-être. Aux prises avec de nombreux problèmes, ils supportent mal le cadre bureaucratique des relations qu'ils entretiennent avec les organismes chargés de dispenser les services de santé et de bien-être. D'ailleurs, certains rapports soulignent ce problème et font ressortir le rôle important des citoyens dans l'évaluation des mesures sociales par le biais, notamment, de l'expression de leurs opinions sur ces questions (Conseil canadien du Bien-être, 1969 ; Conseil économique du Canada, 1968). Ainsi, la dichotomie existant entre les besoins des pauvres et les services qui leur sont offerts conjuguée à un contexte sociopolitique de participation conduit la Commission à effectuer une consultation auprès des personnes défavorisées bénéficiaires de services de santé et de services sociaux.

Le domaine étant neuf, peu inventorié et complexe, les chercheurs se tournent vers une démarche exploratoire. L'entrevue de groupe est la méthode sélectionnée pour la collecte des données. Le recrutement des participants s'effectue au moyen des trois techniques : les personnes-ressources, le recrutement à la chaîne et le choix au hasard. Les participants

sélectionnés[3] sont regroupés en onze comités, appelés « les comités d'expression populaire », représentant diverses régions du Québec[4]. Les rencontres sont animées par un animateur social et la discussion est de type non directif basé sur un canevas semblable pour l'ensemble des comités[5]. À partir du mandat de la Commission, les thèmes suivants furent privilégiés : leurs réactions et sentiments à l'endroit du fonctionnement des services de bien-être et de santé, leurs satisfactions ou insatisfactions au sujet du montant des prestations d'assistance reçues, leur niveau d'information sur la législation et la réglementation de ces services, leur capacité d'utiliser les ressources à leur disposition et, finalement, les types de relations qu'ils entretiennent avec le personnel des services de santé et de bien-être. Le chercheur a assisté à toutes les rencontres, tandis que les commissaires ont pris part, à tour de rôle, à quelques-unes d'entre elles. Les discussions furent enregistrées, retranscrites intégralement et analysées selon la méthode de l'analyse de contenu de type thématique. Chaque comité, composé de 15 à 20 personnes, s'est réuni en moyenne trois fois et chacune des rencontres a duré environ trois heures. Il est à noter que près de 200 personnes assistées sociales ou à faibles revenus ont participé à l'une ou l'autre de ces rencontres.

COMPTE RENDU DES TÉMOIGNAGES SUR LES ASPECTS RELIÉS À LA PAUVRETÉ ET À LA SANTÉ[6]

Les aspects matériels de la pauvreté : les difficultés, privations et insécurité des conditions de vie quotidiennes

Le **travail,** le **chômage** et le **recyclage**, abondamment discutés, constitue le fond du problème tant pour les assistés sociaux que pour les économiquement faibles. Plusieurs participants se réfèrent à la structure économique

3. Afin de tenir compte d'un large éventail de situations et de problèmes, les chercheurs ont selectionné des participants ayant des caractéristiques socio-économiques diverses au regard du statut civil, du travail, de la taille de la famille, de l'âge, du sexe, etc.

4. Les régions représentées sont la Gaspésie, le Bas-Saint-Laurent, Montmagny, Québec, les Cantons de l'Est, Montréal Saint-Henri (francophone), Montréal Centre-ville (anglophone), Trois-Rivières, l'Outaouais, le Nord-Ouest.

5. Parmi les animateurs sociaux qui ont participé à cette recherche, on peut mentionner Gaétan Belleville, Michel Blondin, André Brochu, Roger Guy, Peter Katadotis, Martin Poulin, Hector Ouellet et Pierre Simard. De plus, Charles Côté, Jean-Pierre Deslauriers et Gérald Doré ont collaboré à l'analyse d'une partie du matériel.

6. Compte tenu de l'espace limité et du fait que le verbatim ait déjà fait l'objet d'une publication, nous avons opté pour garder le commentaire descriptif et analytique tandis que quelques témoignages illustratifs sont regroupés et présentés à la suite de chacun des aspects exposés. Une lettre entre parenthèses renvoie le lecteur au témoignage illustrant le thème abordé. Tous les témoignages sont tirés de MAYER (1968).

du Québec : on signale la crise du chômage avec les fermetures d'industries, les disparités régionales et les emplois saisonniers. À la recherche d'un emploi, les travailleurs se butent à des exigences « fatales » d'âge (être trop vieux à 40 ans) ou de scolarité (être sans spécialisation). Pour éviter l'exploitation et le sous-emploi chronique, on suggère la formation professionnelle, même si l'on critique son manque de coordination et son accès difficile. La majorité des participants expriment l'humiliation et la frustration qu'ils ressentent de vivre de l'assurance chômage ou du bien-être alors qu'ils ne demandent pas mieux que de travailler pour subvenir à leurs besoins. L'**endettement**, fortement tributaire des conditions salariales et de la maladie, conduit les économiquement faibles dans une impasse *(a)*. Les participants des comités perçoivent très nettement des « barrières » sérieuses quant aux chances **d'avancement social** de leurs enfants. C'est par le biais de **l'instruction** généralisée que les parents entrevoient de meilleures conditions de vie pour leurs enfants, mais l'école est, elle aussi, vue négativement en raison des coûts excessifs qu'elle occasionne de même qu'en raison des humiliations subies par leurs enfants conséquemment à la situation de pauvreté familiale. Les participants remarquent aussi que le fonctionnement même de l'assistance peut décourager les jeunes de s'en sortir *(b)*.

Au regard des conditions **d'habitation**, les participants soulignent que même s'ils habitent les logements les moins chers, le coût est disproportionné par rapport à leurs revenus, ils sont inconfortables, parfois même insalubres. Subissant parfois de la discrimination à cause de leurs nombreux

a) Quand on ne travaille pas, on s'endette. Du moment qu'on commence à travailler, c'est là qu'on a un petit salaire bien souvent. Quand on veut se réhabiliter, c'est là qu'est la difficulté : on est endetté. On a un petit salaire, pas plus que le Bien-être. Là, il faut rencontrer toutes ces dettes-là. C'est toute une histoire.

b) [...] Aussitôt qu'un enfant a une augmentation bien il coupe la pension des parents, à ce moment-là, le gars n'a plus d'ambition.

c) [...] Rendue à 18 $, je n'étais pas capable de payer un loyer de 55 $. J'avais au moins le bain et l'eau chaude. J'ai dû casser cela, pour prendre 4 petits appartements ; là, je reste dans un taudis, j'ai pas peur de le dire.

d) Il y a une question de nourriture aussi ; il y a des gens qui retirent des pensions et je vous dis que le steak se promène pas souvent sur la table, mais il le faudrait, parce que les enfants grandissent, puis ils en ont besoin.

e) Dans ce temps-là, si ça avait été permis, on aurait peut-être eu le nombre d'enfants, mais ça aurait été plus espacé. On aurait eu moins de misère.

f) Ici on n'a pas d'avocat. Le riche en a. Est-ce que le bien-être social ne peut pas fournir un avocat à ces gens-là (les pauvres) ?

enfants, les familles doivent se contenter d'un logement à prix modique, parfois même d'un taudis. Par ailleurs, les possibilités de déménagement sont aussi limitées par les frais supplémentaires qu'ils ne peuvent assumer *(c)*. En ce qui concerne **l'alimentation**, certains avouent être dans l'incapacité d'assurer à leur famille un régime alimentaire sain et équilibré : les fruits et légumes sont souvent trop chers ; il arrive même qu'il n'y ait plus de nourriture dans la maison et plus d'argent pour en acheter jusqu'au prochain chèque d'allocation. Plusieurs expriment leur désespoir devant le fait que leurs enfants se plaignent d'avoir faim. Par ailleurs, **l'habillement** constitue l'un des problèmes dont souffrent le plus les enfants de familles pauvres. Les adolescents sont particulièrement vulnérables à cet égard. Dans une société où la recherche vestimentaire est très marquée, le sentiment d'être mal habillé joue un rôle prépondérant *(d)*.

Le **loisir** est apparu comme un sujet de préoccupations important pour les participants[7]. Les possibilités de prendre des vacances sont totalement inexistantes depuis plusieurs années et résultent principalement d'une insuffisance de revenu à laquelle s'ajoute parfois la maladie, le chômage ou la taille de la famille. Cependant, les participants croient que le loisir est un élément de bien-être et un droit pour tous. En matière de **planification familiale**, nous pouvons voir le passage entre les valeurs religieuses et les valeurs séculaires qui s'opèrent à l'époque. Même si l'on est conscient de l'importance du nombre d'enfants dans une famille, certains semblent méfiants à l'endroit de la limitation des naissances par des moyens artificiels tandis que d'autres soulèvent des objections morales ou religieuses, en évoquant le droit à la vie. Cependant, la majorité des participants ne se prononcent pas contre le principe de la limitation des naissances ; le choix des conjoints primant sur cette question *(e)*. Malgré sa création récente au Québec, l'assistance judiciaire demeure pour la majorité des participants des comités un service peu utilisé ou inconnu. La **protection des économiquement faibles devant la justice** semble se résumer à « sans argent, pas de justice » *(f)*. On se rend compte de la méfiance de certaines personnes à l'égard du système judiciaire qui devrait les protéger et rétablir l'équité. Par ailleurs, les assistés sociaux estiment qu'ils n'ont aucun recours légal contre les erreurs ou les injustices du gouvernement en ce qui a trait aux mesures d'assistance. De plus, le coût des services d'avocat et le « jargon » juridique sont des éléments qui gênent les participants.

7. Ainsi, la télévision demeure le principal sinon le seul passe-temps pour la majorité d'entre eux. Les soirées de famille, les marches dans les rues principales du quartier (aucun participant ne possède d'automobile), les jeux de cartes entre parents et amis constituent leurs autres activités.

Les aspects psychosociaux de la pauvreté : définition, causes et conséquences

Leur **définition de la pauvreté** est basée sur leur vécu quotidien ou sur leur passé. Ainsi, les propos des participants se polarisent autour de trois aspects de la pauvreté. D'abord, être pauvre, c'est manquer du nécessaire et être frustré dans ses aspirations. La dimension économique est fondamentale, découlant du manque de travail, d'argent et d'instruction, du système, de la malchance, des dettes et de la maladie. Pour eux, la pauvreté est un problème aux multiples facettes, car elle se concrétise aussi par un manque d'information sur leurs droits et devoirs et par des problèmes de santé physique et mentale liés à leurs conditions de vie *(g)*. En référence au passé, les témoignages font ressortir une nouvelle forme de pauvreté, la pauvreté relative plutôt que la pauvreté extrême, en relation avec les besoins et les aspirations des individus et des collectivités *(h)*.

Les **causes** de la pauvreté relèvent de différents facteurs qui peuvent être de nature personnelle, sociale ou liés à la fatalité. Comme causes personnelles, les participants parlent de la mauvaise organisation budgétaire, du manque de prévoyance, du manque d'instruction, de la maladie, des problèmes tels que l'alcool, de la perte du conjoint et de la mauvaise volonté. Les causes sociales font surtout référence à l'organisation sociale en rapport au travail (automatisation). Les causes liées à la fatalité renvoient à la malchance ou aux épreuves. Mais presque toujours, la pauvreté engendre chez eux un sentiment d'isolement et de honte *(i)*. Malgré tout, les causes reliées aux tares de l'individu sont beaucoup plus fréquentes que celles reliées à la société. En accord avec un discours social déjà présent à l'époque, les participants font une distinction entre les « bons » et les « mauvais » pauvres, le « nous » du « eux » *(j)*.

Les **conséquences** sont intimement liées aux aspects précédents. En raison de leurs conditions de vie limitées et de leur place dans la société, les participants éprouvent, à des degrés divers, des sentiments d'infériorité, de discrimination, d'humiliation, d'inutilité et d'impuissance. Parce qu'il est réduit à solliciter ce qu'on lui dit être un don généreux, l'assisté social ressent un profond sentiment de **honte**. De plus, les participants se disent **humiliés** d'avoir à demander de l'assistance et ils jugent les démarches exigées et les enquêtes dont ils sont l'objet comme étant très gênantes. À ces sentiments s'ajoute également un sentiment d'**inutilité** qui est, pour certains, surmonté en aidant bénévolement « des pires que soi » *(k)*. D'autre part, ils éprouvent un sentiment d'**isolement**. Ils ont le sentiment d'être seuls avec leurs problèmes, que personne ne semble vraiment intéressé à les aider *(l)*. Les participants se sentent **impuissants**

devant leur manque d'information et les déficiences du système d'assistance, à la merci de la décision des autorités. Ces sentiments engendrent de **l'insécurité** *(m)*.

Fondamentalement, les situations évoquées dans les aspects matériels et psychosociaux semblent liées à leurs conditions économiques précaires. À cet égard, les participants suggèrent que les montants d'assistance, jugés insuffisants et non indexés au coût de la vie, soient fonction de taux fixes plutôt que d'une distribution arbitraire. On veut des améliorations dans les critères d'admissibilité, la procédure administrative et les modalités d'enquête. Mais plus encore, ce sont des possibilités de travail qui sont souhaitées afin de pouvoir subvenir à ses besoins de façon autonome sans ressentir la honte ou l'humiliation. Pour faire face à la justice, on souhaite un protecteur public intègre ayant la capacité de les comprendre de même qu'une assistance judiciaire gratuite.

g) Moi, à mon avis, c'est le manque d'argent, la pauvreté. Avec l'argent, je n'ai pas besoin d'autre chose.

C'est un gars comme je suis amanché là. Je connaissais pas ça, aujourd'hui je le connais. Aujourd'hui, pour avoir de quoi, il faut que je sois poli. Quand je travaillais, pis que j'avais besoin de quoi, je me le payais. Aujourd'hui, je l'ai pas : les médicaments, ces affaires-là. Mettons que je vas à l'hôpital : « Tu es sur le Bien-être ? Prends ton trou. Va-t-en dans ton petit coin sale. Reste là. Tu prendras ce qu'on te donneras. »

h) Moi, dans mon esprit, quand je parle de pauvreté, c'est celle que j'ai passée durant les années 1930-1940. Il y a des personnes ici qui le savent, on n'avait pas une maudite cenne, on a mangé du pain à la place du beurre, puis de la mélasse à la place du sucre ; mais aujourd'hui, dans certains milieux, on considère la télévision comme une nécessité ; la famille pauvre a besoin d'une télévision.

i) Pas seulement la manière qu'ils s'organisent mais aussi les épreuves, la maladie, le mari qui ne travaille pas, ou qu'il y a trop de dettes à payer en comptes de médecin, là, il n'y a plus moyen d'arriver.

j) Ça dépend pas de nous autres. Dans certains cas, oui, dans d'autres, non. Ça peut dépendre de l'alcoolisme, de la maladie. C'est pas parce qu'il veut être pauvre. Il y en a qui veulent être pauvres. Ils vont dépenser tout ce qu'ils gagnent en folies. Ils vont aller voir le Bien-être social ; ils vont se plaindre qu'ils n'ont pas d'argent. Ils vont en avoir.

k) Aller au Service du bien-être, c'est gênant parce qu'on va là pour quêter.

On se sent toujours inférieur, on se sent toujours avec un complexe d'infériorité quand on se présente à quelque part, on a toujours peur de se présenter puis de dire qu'on est assisté social.

l) Ils aident au strict minimum, puis la balance, si tu crèves, bien tant pis.

m) On vit pas, on existe. Aussitôt qu'il nous arrive une petite malchance, on est à l'eau, on peut pas accumuler d'argent quand on vit sur le bien-être social.

Les aspects reliés à la santé et aux soins reçus

Les participants trouvent que les **services hospitaliers** et les **soins médicaux** se sont améliorés, notamment depuis l'instauration du régime de l'assurance hospitalisation : meilleurs soins, services hospitaliers et cliniques disponibles à tous. Une impression d'ensemble se dégage toutefois, à savoir que les services de santé sont de moins bonne qualité pour les gens des quartiers défavorisés que pour ceux des autres quartiers. Ils ont le sentiment que le personnel fait preuve d'une attitude discriminatoire à l'égard des pauvres : ils sont moins bien traités que ceux qui peuvent payer. Maladie grave ou légère, celui qui a une carte du bien-être est relégué automatiquement dans une chambre à plusieurs lits où il a le sentiment d'être rejeté et de vivre dans une atmosphère qui ne favorise pas son rétablissement. On se plaint aussi des formalités administratives exigées (paperasses de toutes sortes, rendez-vous, etc.), des questions d'argent qui passent avant le malade, peu importe la gravité de son cas, et des longues heures d'attente qui en découlent et qu'il faut supporter dans des conditions difficiles avant de recevoir les soins appropriés. Dit simplement, les participants souhaitent que l'on soigne le malade avant de s'occuper des formalités administratives *(n)*.

Les participants ont une opinion précise de la **relation malade-médecin** idéale. Le rôle du médecin ne se limite pas au fait d'être un spécialiste de la santé, il doit voir les aspects psychologiques de la maladie de son patient, il doit être un conseiller, notamment en ce qui a trait à la planification des naissances. Cependant, le malade se sent très souvent perçu comme « un objet » alors qu'il désire être considéré comme une personne humaine et, par conséquent, être informé sur sa maladie et sur les moyens thérapeutiques utilisés par le médecin. Finalement, le médecin apparaît davantage comme un entrepreneur intéressé à ses propres intérêts économiques *(o)*. Les participants voient une continuité entre la relation qu'ils entretiennent avec le médecin et les **médicaments** que celui-ci leur prescrit. Tous deux apparaissent comme deux éléments indissociables pour recouvrer la santé. Mais à cause des prix des médicaments, les participants doivent souvent se priver sur les autres aspects du budget, tels que la nourriture, ce qui les rend plus réceptifs à la maladie.

Les participants s'insurgent contre le coût exorbitant des médicaments et contre le contrôle que les pharmaciens ont sur les prix des produits pharmaceutiques. Même si elle permet d'avoir accès aux services médicaux, l'**assistance médicale** est fortement critiquée. Les participants insistent sur la couverture limitée qu'elle procure, en excluant les médicaments ainsi que les soins dentaires et oculaires qui sont très onéreux. De plus, comme elle constitue une preuve concrète de leur pauvreté, elle suscite à leur égard des attitudes discriminatoires.

De l'ensemble des entrevues, il se dégage plusieurs observations visant à expliciter les causes de **la maladie**. Nous allons les regrouper sous deux grands thèmes : les causes sociales de la maladie et la circularité des causes de la maladie. Dans un premier temps, ils font une large place aux facteurs sociaux dans la genèse des maladies, et cela est compréhensible puisqu'ils ressentent de façon sensible l'impact de ces facteurs sur eux. Les participants mentionnent les conditions de travail qui ont endommagé leur santé, et même le chômage chronique ou de longue durée qui a fini par les « miner ». Ils parlent alors de pauvreté, d'insécurité économique, d'organisation et de législation du travail, d'organisation même du bien-être, etc. Leur situation précaire conduit à la maladie et, réciproquement, la maladie, avec les coûts qu'elle engendre, semble être pour eux un facteur d'appauvrissement. Par ailleurs, les responsabilités, la multitude de petits problèmes quotidiens et le rythme de vie les rendent très vulnérables à la maladie et vont même jusqu'à causer cet état de maladie (nombreux problèmes économiques et familiaux, manque de loisirs, consommation d'alcool, etc.). Ils mentionnent aussi que certaines causes affectent à la fois le psychique et le physique, et que celles qui perturbent d'abord le psychique, rejoignent le physique par la suite.

En ce qui concerne la **santé mentale**, l'éventail des causes est aussi très vaste. Pauvreté, chômage, rythme de vie, travail, échecs, frustrations quotidiennes reviennent fréquemment dans cette énumération. Dès qu'on veut se soigner ou soigner un des siens, on se trouve encore face aux mêmes problèmes : le manque d'argent, l'insuffisance et l'inefficacité des services et l'absence de continuité dans la thérapie entre le bureau du psychiatre ou la clinique et la maison. Certains se font malgré tout traiter et consultent un psychiatre. Mais souvent, ils n'ont pas l'impression d'être aidés ou alors faute de pouvoir obtenir les médicaments prescrits, la thérapie demeure incomplète. Par ailleurs, on comprend peu ou mal la fonction du psychiatre et certains participants sont portés à ironiser sur son rôle. Bien qu'assez implicitement, certains propos laissent entendre que, parce que la cause de la maladie mentale est surtout d'origine sociale, la psychiatrie ne peut suffire pour régler leur cas *(p)*.

Les suggestions des participants visent la création d'un plus grand nombre de cliniques médicales de quartier ; l'amélioration des services hospitaliers au niveau des soins, de l'accueil, des locaux et de l'équipement ; un plus grand respect du malade ; un meilleur dialogue « malade–médecin » ; une plus grande conscience professionnelle du personnel hospitalier ; ainsi que des mesures gouvernementales afin d'éliminer la discrimination basée sur le revenu monétaire et de mieux contrôler la qualité des services offerts, telle que l'application immédiate d'un régime universel d'assurance santé. Concernant les médicaments, ils proposent que l'assurance hospitalisation ou la carte médicale en couvre les coûts *(q)*.

n) La première question qu'ils te demandent, c'est : « Avez-vous une assurance ? » Si t'as l'assurance, même si tu as seulement une petite « grafigne » après un doigt, tu vas passer avant celui qui n'a pas d'assurance.

o) Moi, cela m'est arrivé de faire venir le médecin ; il m'a demandé : « Avez-vous de l'argent, Madame ? Si vous en avez pas, je n'y vais pas. » C'est la seule fois que je me suis fait faire cela parce qu'après j'ai appelé au centre médical.

p) [...] Écouter les problèmes, ça va bien ; mais se mettre à la place des personnes qui ont des problèmes, eux autres [les psychiatres], ils ne font pas cela ; puis ne demandez pas aucune question d'information, ils vous répondent : « Qu'est-ce que vous en pensez ? » Ça fait que vous sortez de là et vous avez encore les mêmes problèmes.

q) [...] Il faudrait que cela soit socialisé, c'est-à-dire nationalisé, les hôpitaux et l'assistance médicale complète.

L'ANALYSE DES TÉMOIGNAGES

Parmi les principaux modèles théoriques en vigueur à cette époque en ce qui concerne l'analyse du phénomène de la pauvreté, l'approche culturaliste et l'approche actionnaliste sont privilégiées afin d'analyser plus en profondeur les témoignages des participants. L'approche culturaliste permet de classer les participants en fonction de types spécifiques de pauvres de même qu'à définir leur vision du monde. L'approche actionnaliste permet de dégager l'objet de leurs plaintes, le fondement de leurs requêtes ainsi que le niveau de leurs revendications.

L'approche culturaliste

Le concept de « **culture de la pauvreté** » est sensiblement répandu dans la littérature du service social de l'époque et dans les esprits des intervenants sociaux. Un des théoriciens les plus connus de cette approche est

certainement Lewis (1963) qui relève, chez les familles dites « à problèmes multiples », des patrons de comportement. Ces patrons de comportement correspondent à une véritable structure, à un ensemble modelé ayant sa propre culture et logique, à un « mode de vie » transmissible de génération en génération qui leur permet de s'adapter à leurs conditions particulières de vie[8].

En se basant sur cette approche, Doré (1968) a analysé une partie du matériel des comités d'expression populaire. Il en dégage trois **types de pauvres** : les pauvres culturels, qui s'accommodent et développeraient ainsi une culture propre en dehors de la « grande culture » ; les pauvres anomiques qui se sentent frustrés et incapables de réagir devant une condition apparemment sans issue ; enfin, les pauvres participants qui pensent que leur condition peut être dépassée par un effort de solidarité et de promotion collective. La majorité des participants des comités d'expression populaire se retrouve au sein des deux premiers groupes, soit les pauvres culturels et les pauvres anomiques.

Une autre analyse, celle de la vision du monde des participants, nous permet d'aller au-delà des dimensions immédiatement visibles de leurs conditions de vie pour dévoiler leurs perceptions de leurs univers sociaux. La vision du monde renvoie à la définition de la situation nous indiquant comment un individu ou un groupe d'individus perçoit et conçoit une situation, une circonstance de vie, une institution (Merton, 1957)[9]. Appliquée aux participants des comités d'expression populaire, l'analyse rend compte d'une partie de leur vision du monde et nous renseigne sur les univers

8. LEWIS a ainsi dégagé une centaine de traits sociaux, économiques et psychologiques au regard de la structure familiale, des relations interpersonnelles, de l'emploi du temps et de l'argent, de la hiérarchie des valeurs et du sens de la communauté. Par ce concept de culture de pauvreté, LEWIS a voulu souligner le fait que la pauvreté est non seulement un état de privation économique ou de désorganisation sociale, mais qu'elle comporte aussi des éléments positifs en ce sens qu'elle est dotée d'une structure, d'un système de rationalisation et d'autodéfense sans lesquels les pauvres ne pourraient guère survivre. Toutefois, la très grande majorité des traits culturels devant refléter la culture de pauvreté ont une connotation négative. Finalement, nous ne sommes pas encore très éloignés de l'idéologie libérale où le pauvre est défini comme un coupable. Compte tenu de ces limites, d'autres auteurs, surtout au cours des années 1970, devaient gagner la faveur des milieux d'intervention sociale, et c'est le cas pour Alain TOURAINE avec l'approche actionnaliste.

9. Ce sont précisément les représentations mentales de cet ordre, la vision du monde, qui constituent la « culture vécue » d'une communauté, ou des divers sous-groupes à l'intérieur d'une population globale (CHAREST et TREMBLAY, 1967). Pour analyser les visions du monde qui permettent de comprendre les comportements des consommateurs de services de santé et de bien-être dans des situations de privation socio-économique et de maladie, les chercheurs procèdent à l'étude des opinions des économiquement faibles dans certaines situations typiques de leur existence : la maladie, l'enquête du Bien-Être, la représentation qu'ils se font de leur situation passée, leurs attentes pour l'avenir, leurs conditions socio-économiques présentes sur un plan général, etc.

sociaux suivants : leur **perception de soi,** des **organismes de bien-être** et **de santé,** du **gouvernement** et de la **société**[10].

En ce qui concerne la **perception de soi**, on peut dire que d'une façon générale le pauvre se perçoit comme quelqu'un à qui rien ne réussit et à qui rien n'est accessible : ni le droit au travail, ni à la santé, ni à l'éducation, ni le minimum de confort et de loisir le plus banal. Il s'en dégage une idée principale qui peut se résumer dans une sorte de conscience d'exclusion : le pauvre se sent rejeté par la société. De plus, il n'a aucune sécurité dans l'immédiat et encore moins pour ce qui est de l'avenir : il se sent constamment menacé par le chômage, la faim et la maladie. Tout comme pour certains groupes isolés, la perception de soi chez les défavorisés par rapport aux « autres » (les voisins, le système et la société) est à la fois teintée de sentiments d'infériorité et de supériorité : sur le plan individuel, ils ont tendance à se sous-estimer alors qu'en groupe, du moins lors des comités, ils se valorisent et perçoivent mieux leur force collective *(r)*.

La majorité des participants éprouvent très souvent dans leurs contacts avec **les organismes de bien-être et de santé**, un étrange sentiment de honte, de gêne et d'humiliation. Ces sentiments résultent du fait que la demande d'aide soit perçue par les services de bien-être comme une charité plutôt qu'un droit. L'assistance, c'est donc une aumône plus ou moins institutionnalisée et arbitraire. L'enquêteur lui-même est perçu comme un agent de pouvoir et un dispensataire de la charité. La relation assisté–enquêteur tourne à vide, tout simplement parce qu'ils ne parlent pas le même langage et ne partagent pas les mêmes schémas de référence *(s)*. De plus, se faire refuser une aide pourtant nécessaire, c'est être rejeté par le milieu ambiant et c'est si humiliant que très rares sont les personnes qui demanderont de l'aide une seconde fois. Par ailleurs, le contenu des discussions nous fait découvrir deux logiques sous-jacentes : il y a celle du méritant et il y a celle du besoin impliquant un droit. Cette double attitude a fait l'objet de plusieurs controverses sans qu'aucun consensus ne soit atteint. La logique du mérite implique la charité et recevoir la charité signifie avoir honte. En définitive, les participants perçoivent le

10. Un autre regroupement des univers sociaux nous permet de voir de quelle façon les participants se situent en regard du monde qui les entoure. Il s'en dégage alors **trois univers : le système, les « autres » et les « nous »**. Les principaux représentants du système sont : le gouvernement, le service social, les enquêteurs, les médecins, les hôpitaux, les unités sanitaires, etc. À côté, il y a les autres ; d'abord les autres lointains : d'une part, les riches, d'autre part, les pharmaciens, les compagnies de finances, les compagnies pharmaceutiques, etc. ainsi que les élites sociales ; ensuite, les autres proches, c'est-à-dire les voisins qui sont quelquefois rejetés parce qu'ils sont considérés comme dénonciateurs, informateurs ou témoins, mais qui sont aussi à l'occasion des points d'appui. Au-dessous de tout cela, il y a l'univers des pauvres eux-mêmes, les nous : « nous, le pauvre monde, les petits, les méritants, les ayant besoin ». Sur ce sujet, voir aussi KLANFER (1967).

« système » de bien-être comme étant basé sur une philosophie de charité, alors qu'ils souhaiteraient le voir établi sur des bases de justice sociale *(t)*.

Le **gouvernement**, pour la majorité des participants, doit être au service de la population ; rôle qu'il ne remplit pas actuellement malgré le fait qu'il soit bien au courant de la situation dramatique des groupes défavorisés. Dans certains comités, on a senti une méfiance manifeste envers l'action de l'État. À plusieurs occasions, l'État devient le bouc émissaire des difficultés économiques des participants. Il est manifeste, pour la majorité d'entre eux, que les « situations-problèmes » ne sont plus dues au hasard ni à l'action de quelque dieu, c'est donc qu'elles peuvent se modifier, s'améliorer. C'est une responsabilité qui dépasse les capacités de l'individu et qui revient à la collectivité et à son agent organisateur, le gouvernement. Quoique l'on puisse sentir une certaine méfiance face au gouvernement, son action dans plusieurs domaines est finalement acceptée et souvent exigée *(u)*. Pour plusieurs participants, l'assisté social apparaît comme la victime du système et le bouc émissaire de l'inconséquence et de l'incompétence des dirigeants. Plusieurs participants exigent une intervention immédiate du gouvernement et qu'on cesse d'étudier la situation. Ils accusent la société et les gouvernements responsables de fermer les yeux sur les problèmes de la pauvreté. Quelques-uns proposent même la création d'un front commun de tous les pauvres en vue de faire des pressions sur le gouvernement.

Par rapport à la Commission, les participants ont en outre manifesté un grand désir de participation qu'ils concrétisent dans la volubilité et la sincérité de leurs propos[11]. Cette participation est, par ailleurs, envisagée dans une perspective le plus souvent intégrative, très rarement conflictuelle. C'est ainsi qu'il faut interpréter les grands espoirs qu'ils ont fondés dans le travail de la Commission d'enquête. Pour les participants, la distance entre le gouvernement et le défavorisé est tellement grande qu'elle nécessite la présence d'un relais. C'est d'ailleurs le rôle qu'ils ont attribué à la Commission qui a présidé à la formation des comités d'expression populaire *(v)*. Quant à la **société**, en général, les participants en parlent en fonction de la manière dont ils y sont perçus. Celle-ci semble prendre deux formes tout à fait opposées. En effet, certaines gens font preuve de compréhension

11. C'est une théorie sociologique axée à l'époque sur le champ du travail et l'analyse des mouvements sociaux. Dans la perspective actionnaliste, un système d'action ne peut donner naissance à un authentique mouvement social que s'il se conforme à certaines exigences. TOURAINE (1969) avance l'hypothèse que les problèmes sociaux les plus « sensibles » sont ceux où les technocrates, les consommateurs et les professionnels se trouvent le plus directement face à face, c'est-à-dire ceux que posent l'enseignement, la santé publique et l'organisation de l'espace social. Il est à noter que ce sont précisément ces problèmes qui ont constitué, à l'époque, les principaux champs d'action des comités de citoyens.

à l'égard des assistés sociaux et de leur situation, tandis que d'autres semblent émettre l'opinion que les assistés sociaux ne veulent pas sortir de leurs problèmes et qu'ils abusent même quelquefois en devenant trop dépendants à l'égard de l'État. Dans l'ensemble, les participants ont l'impression que la société manifeste peu de considération à l'égard des personnes défavorisées.

r) On essaie des fois de s'améliorer, il y a toujours quelque chose qui arrive, une maladie, une épreuve quelconque, puis là, on est au même point.

s) [...] elle retirait 80 $ par mois et elle était seule. Son mari restait sur une autre rue ; il retirait lui aussi 80 $. Je lui ai dit : « Comptez vous chanceux. Nous autres, on en retire 160 $, pis on est sept. Je me demande s'il n'y a pas trois ou quatre gouvernements dans la province ou bien s'il y en a rien qu'un.

t) On dirait qu'ils amanchent cela pour que cela nous humilient, [...] comme si c'était pas un droit, mais un don.

u) D'abord, tout ce que vous parlez là, le gouvernement est au courant de tout cela. Il sait que les veuves n'arrivent pas, que les vieillards non plus. Il sait que les médicaments sont trop chers, que le monde crève, mais par contre, il ne fait rien, il n'en fait pas plus pour nous.

v) Cela serait bon qu'il y aurait une réunion comme cela à tous les trois mois, tout ce qu'on a sur le cœur en dedans de trois mois, on vous dirait tout cela, on aurait pas besoin de psychiatre.

C'est la première fois qu'on a parlé avec des hauts placés pour faire changer des choses, du moins on l'espère.

L'approche actionnaliste

L'approche actionnaliste, d'après les travaux de Touraine, se fonde sur l'analyse des systèmes d'action et des mouvements sociaux. Par rapport au problème de la pauvreté, une étude actionnaliste devient possible dans la mesure où les pauvres commencent à s'organiser, dans la mesure où ils formulent un projet social, impliquant des niveaux divers de participation et de revendication par rapport à la société moderne. Ainsi, au tournant des années 1960, on voit apparaître une prise de conscience de ses problèmes et un esprit de revendication qui remplacent certaines attitudes « passives » chez la population défavorisée. Qu'en est-il des participants aux comités d'expression populaire ? Voyons ce qui se dégage relativement à l'objet de leurs plaintes et à leur niveau de revendication.

Dans une perspective actionnaliste, la typologie développé par Roberge (1968) nous permet de classer l'**objet des plaintes** des participants aux comités d'expression populaire. On peut classer globalement ces plaintes selon qu'elles s'adressent aux exécutants, aux administrateurs ou aux dirigeants. Les plaintes à l'égard des exécutants font référence au mépris provenant de certains enquêteurs. Il est très vivement ressenti par les contrôles fréquents, les pots-de-vin exigés, les suggestions de prostitution comme revenu d'appoint ou plus simplement par les comportements impolis. Les plaintes ou les revendications relatives aux administrateurs peuvent viser des règles administratives telles que la catégorisation des assistances ou les plafonds de revenus permis. À la nature ou l'incohérence des normes s'ajoute la remise en question de certaines pratiques administratives. C'est principalement ici que l'on retrouve les plaintes au sujet du niveau de prestation qui concerne la variabilité du taux de prestations selon les différents groupes d'assistés sociaux ainsi que la non-indexation des prestations en fonction de l'inflation et de l'augmentation des revenus d'autres groupes de la société. Finalement, la revendication peut être politique et viser des décisions et ceux qui les prennent : il s'agit des plaintes contre les dirigeants.

En outre, à partir des travaux de Robert (1971), nous pouvons apprécier le **niveau de revendications** des participants[12]. Dans l'ensemble, il se situe au stade de la défense des droits individuels. Percevant très bien ses problèmes quotidiens personnels et familiaux, cette population semble dépourvue quand il s'agit de proposer des solutions à des problèmes plus globaux tels que les déséquilibres régionaux, le chômage, les écarts de revenu, le manque de services, l'augmentation des taux d'hospitalisation, etc. D'une façon générale, on note que les idées émises renvoient davantage à l'aide financière plutôt qu'aux divers services qui pourraient être mis sur pied ou à un changement du système socio-économique. Les participants insistent tout autant sur la façon dont l'aide est apportée que sur la nature et le montant de l'aide elle-même. En somme, pour la grande majorité des participants, les revendications visent davantage la participation et l'intégration au système social que la transformation de ce système.

12. ROBERT (1970) a dégagé, à partir du modèle actionnaliste, quatre niveaux de revendications chez les comités de citoyens de cette époque. Sommairement, il s'agit de l'utopie antimoderniste (attitude de retrait), de la défense des droits individuels, de la revendication de solidarité (solution aux problèmes de quartier) et de mouvement social (participation à la définition de la société).

CONCLUSION

Cette recherche exploratoire, malgré ces limites[13], constitue une perche tendue pour que s'exprime une opinion qui, autrement, serait demeurée inconnue de la Commission. Les témoignages recueillis auprès des participants des comités d'expression populaire font ressortir plusieurs aspects au regard du caractère pénible de leur vie quotidienne, des problèmes reliés à la santé, de la perception qu'ils ont des services qu'ils reçoivent, d'eux-mêmes et du monde qui les entoure.

Ainsi, leurs conditions de vie précaires conjuguées au fait d'être traités comme des « citoyens de seconde zone » par les services de bien-être et de santé ainsi que par la société, engendrent chez eux des sentiments d'infériorité, de honte et d'impuissance. Ils vivent quotidiennement le rejet dont les accablent « les autres », ceux qui paient pour qu'« eux, les défavorisés », aient des allocations leur permettant « à peine de survivre ».

Cette situation nous aident à comprendre le fait que leurs revendications portent davantage sur leurs problèmes personnels et sur la manière dont ils sont traités lorsqu'ils cherchent à recevoir de l'aide, une aide considérée comme un droit mais octroyée comme une charité. La préoccupation de changements structurels n'est toutefois pas totalement absente de leurs revendications. Les participants réclament une « sécurité minimale » qui puisse leur permettre de vivre décemment et de faire face aux imprévus de la vie tels que le chômage et la maladie. Au-delà des revendications particulières, une idée principale revient chez la majorité des participants : remplacer la notion de charité par celle de justice sociale.

L'utilisation des résultats de la recherche par la Commission ne constitue pas l'objet de notre propos. Nous pouvons dire cependant que grâce aux informations recueillies, la Commission disposait d'un outil pertinent lui permettant de formuler des recommandations pour modifier son système de bien-être et de santé, afin qu'il corresponde mieux aux besoins et aspirations légitimes des individus et des familles[14].

13. Ces limites sont propres au type de démarche exploratoire, celle-ci étant caractérisée par une méthodologie sommaire ne permettant pas de dégager des conclusions dites « scientifiques » au sens strict, mais permettant d'acquérir des connaissances sur une problématique à partir de ceux-là mêmes qui sont concernés.

14. L'utilisation des témoignages des participants se retrouve dans le rapport final de la Commission, voir à ce sujet : COMMISSION D'ENQUÊTE SUR LA SANTÉ ET LE BIEN-ÊTRE SOCIAL (1972).

Bibliographie

CATRICE-LOREY, Antoinette (1967). « La sécurité sociale dans ses relations avec ses bénéficiaires : le problème de la bureaucratie dans le fonctionnement d'une administration sociale », *Bulletin de l'Association internationale de la sécurité sociale*, vol. 19, nos 7-8, 304-317.

CHAREST, Paul et Marc-Adélard TREMBLAY (1967). « Isolement et vision du monde à Saint-Augustin », *Recherches sociographiques*, vol. 8, no 2, 151-165.

COMMISSION D'ENQUÊTE SUR LA SANTÉ ET LE BIEN-ÊTRE SOCIAL (1972). *Les services sociaux*, Rapport de la Commission d'enquête sur le bien-être social, Gouvernement du Québec.

CONSEIL CANADIEN DU BIEN-ÊTRE (1969). *Les politiques sociales pour le Canada*, Ottawa, 2 volumes.

CONSEIL DES ŒUVRES DE MONTRÉAL (1966). *Opération : rénovation sociale*, Montréal, 224 pages.

CONSEIL ÉCONOMIQUE DU CANADA (1968). *Défi posé par la croissance et le changement*, Ottawa.

COUILLARD, Robert, DORÉ, Gérald, LABELLE, Yvan, LAMARCHE, François, MAYER, Robert et Lionel ROBERT (1970). *Recherche sur les zones prioritaires de la ville de Québec*, Rapport d'étape, Conseil des œuvres et du bien-être de Québec, 142 pages.

DORÉ, Gérald (1970). « Anomie et pauvreté », Mémoire de maîtrise, École de service social, Université de Montréal, 96 pages.

GOSSELIN, Émile (1965). *La troisième solitude*, Conseil du travail de Montréal, 75 pages.

KLANFER, Jules (1967). *Le sous-développement humain*, Paris, Les Éditions ouvrières.

LANGLOIS, Richard (1990). *S'appauvrir dans un pays riche*, Montréal, Centrale de l'enseignement du Québec et Éditions Saint-Martin, 141 pages.

LESEMANN, Frédéric (1994). « La pauvreté : aspects sociaux », dans DUMONT, Fernand, LANGLOIS, Simon et Yves MARTIN (sous la direction de), *Traité des problèmes sociaux*, Québec, Institut québécois de recherche sur la culture, 581-604.

LEWIS, Oscar (1963). *Les enfants de Sanchez*, Paris, Éditions Gallimard, 638 pages.

MAYER, Robert (1968). *Comités d'expression populaire. Consultation auprès des consommateurs actuels et éventuels des services de bien-être et de santé. Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social*, Ministère de la Famille et du Bien-être, Gouvernement du Québec (texte inédit).

MERTON, Robert K. (1957). *Social Theory and Social Structure*, Free Press of Glencoe, 645 pages.

ROBERGE, Pierre (1968). *La pauvreté : marginalité, participation et conscience*, Département de sociologie, Université Laval (texte inédit).

ROBERT, Lionel (1971). « Le comité de citoyens de Hochelaga-Maisonneuve », Mémoire de maîtrise, Département de sociologie, Université Laval, 142 pages.

ROBERT, Lionel (1968). *Approches sociologiques de la pauvreté dans la société industrielle*, Département de sociologie, Université Laval (texte inédit).

TABLE DES REGROUPEMENTS PROVINCIAUX D'ORGANISMES COMMUNAUTAIRES ET BÉNÉVOLES (1993). « Une analyse critique de la Politique de la santé et du bien-être », *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 6, no 2, 169-178.

TOURAINE, Alain (1969). *La société post-industrielle*, Paris, Édition DeNoël, 315 pages.