

De la pauvreté traitée comme une maladie

A fin de remédier à la profonde restructuration qui découle de la mondialisation des marchés, le gouvernement canadien a engagé une « lutte contre la pauvreté ». Sous couvert de « partenariat », de « prévention », d'« action communautaire » et de « promotion de la santé », c'est un virage dans l'orientation des services sociaux destinés aux citoyens canadiens les plus démunis qui se dessine (1). Plutôt que de prévenir les risques sociaux en facilitant l'accès aux services et leur développement, les appareils d'État et les associations communautaires doivent privilégier des « objectifs de résultats » dans une perspective médicale et épidémiologique. Cette perspective vise à atténuer la « prévalence » (les conditions d'apparition) de comportements non désirés, et à agir sur les « déterminants environnementaux ». Dans certains cas, les résultats sont estimés en pourcentage de réduction de problèmes (« diminuer à moins de 4 % le taux de naissances de poids inférieur à 2 500 grammes dans toutes les régions du Québec (2). ») L'Ontario, par exemple, a financé un projet de recherche visant à évaluer, dans onze communautés dites « à risque », l'impact d'un programme de prévention précoce (« Partir d'un bon pas pour un avenir meilleur ») destiné aux enfants âgés de moins de 8 ans et à leur famille. Une telle orientation s'inspire largement des expériences américaines et de la théorie dite de l'« écologie du développement ».

Cette manière de procéder revient en effet à analyser et à traiter les problèmes sociaux comme on procéderait pour les pathologies biologiques, les épidémies virales ou les catastrophes écologiques. Outre les facilités de gestion qu'elle procure, une telle approche permet de circonscrire la réalité sociale non désirée en l'isolant (tel un virus ou un contaminant environnemental) et de normaliser les types de problèmes sans se soucier de leurs contextes socio-culturels, afin de calculer leur « taux de réduction » grâce à un suivi informatique (« monitoring »). Que ce soit à l'aide de programmes de prévention précoce des troubles de comportements, d'amélioration des compétences parentales ou de l'alimentation, on espère réaliser des économies en comprimant la demande de services.

Derrière les motivations généreuses affichées par les apôtres de cette stratégie préventive, se profilent une nouvelle forme de violence technocratique. L'État utilise une métaphore biomédicale, l'« épidémiologie sociale », pour guider son analyse de la société ; et il fait appel aux techniques utilisées pour le traitement des maladies, violence et rougeole confondues. Pourtant, l'analogie est douteuse : les rapports sociaux

* Chercheur, Université du Québec à Montréal.

ne fonctionnent pas comme un organisme vivant susceptible d'être infecté ou de développer des pathologies. La normalisation médicale des problèmes sociaux revient alors à traiter les personnes en responsables de leurs « pathologies » : plutôt que de leur permettre d'acquiescer un pouvoir sur leur existence sociale, on les invite à suivre une thérapie qui modifiera leur comportement à risque. C'est là que le dérapage se produit : on occulte les causes collectives et on met l'accent sur la culpabilité individuelle.

Le plan canadien pour les enfants, *Grandir ensemble* (3), illustre bien cette tendance (que l'on observe, même si c'est de manière inégale, dans l'ensemble des provinces). L'objectif majeur est de favoriser les conditions d'un développement « sain » des enfants « à risque » et d'aider les parents « vulnérables ». Pourtant, lorsqu'il s'agit d'envisager les moyens d'améliorer la situation d'ensemble des familles en difficulté, le document observe : « En 1989, le Parlement a résolu d'éliminer la pauvreté chez les enfants au Canada d'ici à l'an 2000. [...] Même si la solution à long terme la

plus efficace est d'améliorer le revenu familial et de prévenir ainsi ce fléau, il n'est guère probable que cela se produise dans un avenir rapproché. Entre-temps, nous nous devons de réduire les effets nocifs de la pauvreté chez les enfants et de favoriser un développement sain chez ces derniers. » Ainsi, la pauvreté, située hors du champ politique, est présentée comme un « fléau » contre lequel il faudrait immuniser les enfants en favorisant chez eux un « développement sain ». Les fondements naturalistes et moralistes de la fin du XIX^e siècle viennent secourir l'imaginaire d'une « santé sociale publique ».

Au nombre de ses priorités, louables mais limitées, le ministère de la santé et du bien-être social du Canada entend réduire les taux de naissances prématurées et de bébés de faible poids (4), le nombre de blessures et d'abus infligés aux enfants et la fréquence des troubles de comportement nés d'un complexe d'infériorité. Le programme privilégie explicitement le recours aux interventions de « dépistage précoce » et de « stimulation dans le milieu naturel de l'enfant ».

Pour partir d'un bon pied...

Le Québec, le Nouveau-Brunswick et l'Ontario (qui regroupent plus des deux tiers de la population totale du pays) sont à la pointe de cette gestion préventive. Le programme québécois OLO (un Oeuf, un litre de Lait et une Orange par jour) cherche à prévenir le nombre de naissances d'enfants de poids insuffisant (c'est le cas de 21 000 bébés par an au Canada). Il s'agit ici, grâce à un programme diététique, d'améliorer la nutrition des mères à risque afin que leur bébé atteigne un poids normal à la naissance. La situation économique des mères n'est pas visée par ces interventions, mais au moins, se dit-on, les bébés partiront du bon pied en naissant d'un bon poids...

Grâce à ses Initiatives pour la petite enfance (1993), le Nouveau-Brunswick compte, de son côté, développer six projets de dépistage précoce des problèmes de l'enfant né dans une famille à risque. Il s'agit de favoriser, de la grossesse à la maternelle, des programmes de réhabilitation nutritionnelle et de suppléments alimentaires. On retrouve aussi, au Québec et dans l'Ontario (5), des mesures visant à prévenir, dès la maternelle, les comportements antisociaux des jeunes enfants, des visites à domicile de travailleurs sociaux à la distribution de petits déjeuners dans les écoles.

Au Québec, des interventions en périnatalité ont été pratiquées auprès des mères issues de milieux défavorisés et considérées à risque à la suite d'observations indiquant, par exemple, un taux élevé de comportements agressifs envers leurs enfants (6). Des agents travaillant dans des Centres locaux de

services communautaires (CSLC) leur proposent alors de pratiquer des exercices moteurs (chanson, berceuse, massage, etc.) afin d'améliorer la qualité de leur relation avec leur enfant. Et des séances de « formation » cherchent à diminuer leurs scores de comportements coercitifs ».

L'approche de type épidémiologique comporte trois niveaux : le dépistage, le traitement et la réadaptation. En transformant le concept de prévention en un continuum d'interventions curatives, elle répond davantage aux souhaits d'un État avant tout soucieux de contenir les coûts financiers des services publics, qu'aux besoins des citoyens marginalisés et exclus. Pour avoir accès à une ressource, les individus en seront donc réduits à traduire leurs désirs de socialisation en pathologies ou en facteurs de risque. D'ailleurs, les associations communautaires autonomes ont plus de mal à justifier le financement public de leurs projets, dès lors que ceux-ci ne privilégient pas une thérapie des problèmes sociaux identifiés selon les priorités de l'État.

La même idéologie préventive se retrouve au ministère canadien de la justice. Pour contenir la criminalité des jeunes, on y suggère désormais des cours de « gestion de la colère et de règlement non violent des conflits ». Ainsi, il suffirait d'être « exposé à la consommation de drogues et d'alcool » pour éprouver des difficultés de comportement ou pour basculer dans la criminalité (7). Pourtant, l'orientation psychosociale des programmes de prévention est loin d'être aussi inquiétante au Canada qu'aux États-Unis où le National Institute for Mental Health a

développé un traitement à base de psychotropes auprès de « 100 000 jeunes des écoles primaires, âgés de 5 à 9 ans, pouvant être identifiés comme porteurs d'une prédisposition génétique à la violence ou aux toxicomanies (8) ».

Ainsi sera-t-il plus facile de dissimuler les violences économiques et l'amputation des prestations sociales. Le Québec a adopté des mesures punitives dans l'espoir - en dénichant d'éventuelles fraudes - d'économiser environ 60 millions de dollars. Pour faciliter le travail des enquêteurs, une campagne de publicité va inciter les Ontariens à utiliser une ligne téléphonique gratuite destinée à la délation des cas de fraude. Selon M. Tsubouchi, ministre des services sociaux et communautaires, l'économie escomptée serait de 25 millions de dollars (9). M. George Kennedy, président du Daily Bread Food Bank (la plus grosse banque alimentaire du pays) redoute que, bientôt, la plupart des assistés sociaux « ne pourront plus satisfaire leurs besoins en termes de nourriture, de logement et de vêtement (10). »

Ces mesures gouvernementales s'accompagnent d'une réduction de la couverture médicale et de la privatisation des services. L'idéologie de la prévention permet alors à l'État de donner l'illusion qu'il s'occupe réellement des problèmes urgents en partie créés par les effets négatifs de ses mesures d'austérité.

A défaut de pouvoir démocratiser l'accès au marché du travail, le Canada préfère ainsi privilégier la « restauration » sanitaire de l'environnement social de la nouvelle génération. Ce choix est politique : le combat contre la pauvreté ayant perdu son caractère prioritaire (au profit de la lutte contre le déficit), il reste alors à en gérer les

effets nocifs, à s'y adapter, à refouler dans le privé les causes des problèmes liés à l'exclusion.

(1) Les services sociaux et de santé sont sous la responsabilité des provinces (10 provinces et 2 territoires). Toutefois, le gouvernement fédéral soutient la prestation de services en versant des paiements de transfert aux provinces. Il peut ainsi harmoniser les politiques des provinces en les invitant à adopter une politique concertée.

(2) Gouvernement du Québec, ministère de la santé et des services sociaux, *Politique de Périnatalité*, Québec, 1993, p. 47.

(3) Gouvernement du Canada, *Grandir ensemble. Plan d'action canadien pour les enfants*, Ottawa, Ontario, 1992.

(4) Ottawa a annoncé, le 26 juillet dernier, la mise en place d'un programme spécial de nutrition prénatale doté de 8 millions de dollars pour les quatre prochaines années.

(5) Voir, pour le Québec, les rapports *Un Québec fou de ses enfants*, (1991) et *La politique québécoise de périnatalité* (1993) et, pour l'Ontario, Better Beginning, *Better Future Project*, ministère des affaires sociales, Ottawa, 1994.

(6) Hélène Cloutier et Jacques Moreau, L'intervention précoce auprès des clientèles à risque : un investissement qui a ses exigences. Résultats préliminaires d'une recherche auprès de dyades mère-nourrisson vulnérables », *Apprentissage et Socialisation*, vol. 3, le 3. Montréal, 1990.

(7) Gouvernement du Canada, ministère de la justice, *Objectif : sécurité communautaire. Lutte contre la violence et la récidive des jeunes*, Ottawa, 1993, p. 7-9.

(8) Pierre Hamel, « Dr. Breggin, psychiatre : psychiatrie et contrôle social », *Vie ouvrière*, Montréal, Québec, janvier-février 1993, p. 38. Lire aussi : W. Wayt Gibbs, « Seeking the Criminal Element », *Scientific American*, mars 1995.

(9) Cf. « Aide sociale : des « boubou macoutes » contre la fraude en Ontario », *la Presse*, 24 août 1995.

(10) Lire Suzanne Dansereau, « Les organismes de lutte contre la pauvreté en Ontario sont outrés », *La Presse*, 8 octobre 1995.